

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

535^{N°}

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Paul B E R G E S, né le 1er Juin 1928 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 23 Juin 1954

A PROPOS D'UN CENTRE CORPORATIF DE READAPTATION
RESERVE AUX MEMBRES DE L'ENSEIGNEMENT

Président : Monsieur le Professeur Maurice BARIETY.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Paul B E R G E S, né le 1er Juin 1928 à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 23 Juin 1954

A PROPOS D'UN CENTRE CORPORATIF DE READAPTATION
RESERVE AUX MEMBRES DE L'ENSEIGNEMENT

Président : Monsieur le Professeur Maurice BARIETY.



A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. BARIETY

Professeur de Pathologie Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter
la Présidence de notre jury de thèse.

Nous le remercions de l'accueil qu'il nous a
réservé dans son service.

A NOTRE JURY

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER KERVAN

Médecin-Directeur du Centre de
Post-Cure de Maisons-Laffitte

Dont nous avons été l'interne. Il nous a guidé dans l'étude de la phthysiologie avec une sollicitude et une expérience auxquelles nous sommes heureux et fier de rendre hommage.

Il nous a aidé de ses conseils au cours de l'élaboration de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE DUPRÉS

Médecin-Adjoint du Centre de
Post-Cure de Maisons-Laffitte

Que nous remercions vivement de l'aide précieuse qu'il nous a apportée et de l'amitié qu'il nous a toujours témoignée.

A MESSIEURS LES DOCTEURS CARA, FAIN et MARTY

En remerciement sincère de leurs bienveillants conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DANIEL DOUADY

Directeur de la Fondation "Sanatorium des Etudiants"
Directeur de l'Hygiène Scolaire et Universitaire au
Ministère de l'Education Nationale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRE LEPEUPLE

Ancien Médecin-Directeur du Sanatorium
d'Aire-sur-l'Adour

Nous lui devons nos premières connaissances dans le
domaine de la phtisiologie. Il nous est agréable de lui
exprimer ici un témoignage de vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR URBAIN GUINARD

Qui nous a toujours témoigné une grande bienveillance

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND AURIACOMBE

A qui nous devons également beaucoup

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND GARNIER

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES AMIS DE LA FONDATION "SANATORIUM DES ETUDIANTS"
ET DE LA MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE.

I.10.53

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN : Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR .. Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physi- que et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie Médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
Cliniques (Broussais	DE GAUDART-D'ALLAINES (I)
chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)

MM.

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
Cliniques (Bichat	LAROCHE (G.)
médicales (Cochin	MOREAU (R.)
(Broussais	DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique médicale prodéutetique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Cliniques (Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E.)
(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique Urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	N....
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales ...	N....
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES.

MM.

Anatomie	{ DEBEYRE (J.) { DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	{ N... { GAUTHIER - VILLARS { (Melle P.) Pr s. ch. { BUSSER (F.) { GOUYGOU (C.)
Bactériologie	{ FASQUELLE (R.) { NEVOT (A.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Chimie médicale	{ ETTORI (J.) Pr s. ch. { JAYLE (M.F.) Pr s. ch. { SCHAPIRA (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)
Histologie	{ BULLIARD (H.) Pr s. ch. { COUJARD (R.) { N...
Hydrologie	DEBRAY (C.)
Hygiène	{ BOYER (J.) { DEPARIS (M.)
Médecine légale et du Travail	{ DEROBERT (L.) { GAULTIER (M.) { HADENGUE (A.)
Neurochirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	{ GRASSET (J.) { LEPAGE (F.) { MAYER (M.) { MERGER (R.) { MORIN (P.) { RAVINA (J.) { VARANGOT (J.)
Ophtalmologie	{ OFFRET (G.) { DESVIGNES (P.)

MM.

Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-Rhino-laryngologie	{ HALPHEN (E.) Pr s. ch { AUBRY (M.) { MADURO (R.)
Parasitologie	{ BRUMPT (L.) { CHABAUD (A.)
	{ ABOULKER (P.) { BAUMANN (J.) { GOSSET (J.) { HUGUIER (J.) { LAURENCE (G.) { LEGER (L.)
Pathologie chirurgicale	{ LORTAT-JACOB (J.) { OLIVIER (Cl.) { PADOVANI (P.) { POILLEUX (M.) { ROUX (M.) { RUDLER (J.C.) { VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	MERKLEN (P.)
	{ BERNARD (J.) { BOUDIN (G.) { CASTAIGNE (P.) { CONTE (M.) { DOMART (A.) { DREYFUS (Gilbert) { FAUVERT (R.)
Pathologie médicale	{ HAMBURGER (J.) { KOURILSKY (R.) { LAMOTTE (M.) { LAROCHE (C.) { MILLIEZ (P.) { PEQUIGNOT (H.) { PERRAULT (M.) { RAMBERT (P.) { THIEFFRY (St.) { TURIAF (J.)
Pédiatrie	{ JOSEPH (R.) { LAPLANE (R.) { MARIE (J.)
Pharmacologie	{ LEVY (Melle J.) Pr s. { CHEYMOL (J.H.) Pr s.

	MM.
Physiologie	(BARGETON (D.) Pr s. ch. (PARROT (J.L.)
Physique médicale	(DJOURNO (A.) Pr s. ch. (GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	BARUK (H.)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
Stomatologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT chargé de l'enseignement.
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS AGREGES ET HONORAIRES

rappelés à l'exercice
pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique), GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale), LE LORIER (V.) (Obstétrique), VAUDESCAL (R.) (Obstétrique).

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.) (MENEGAUX (G.) (PATEL (J.) (SICARD (A.)
Clinique médicale	(ROUET (G.) (CACHERA (R.) (GARCIN (J.) (HAGUENAU (M.) Pr s. ch. (MARCHAL (G.) (SOULIE (E.)

MM.

Clinique obstétricale	(DIGONNET (L.) (ECALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire Général de la Faculté ...	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur chargé de la Direction	Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle GOICHON
Bibliothécaires	(Melle DUMAITRE (P.) (Melle LE NOIR (G.) (Melle METIN (F.) (Melle QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

I N T R O D U C T I O N

Le problème de la réadaptation du tuberculeux a été fort bien posé par Evrot : "Un jour, écrivait-il, le tuberculeux sort du Sanatorium, et voici que se pose le problème peut-être le plus angoissant Ce malade, à peine stabilisé, qui vient pendant des mois d'observer le repos, va-t-il être accepté par la vie, ou écrasé par elle? "

Mr E. Bernard définit de son côté la réadaptation comme étant la "prophylaxie de la rechute", prophylaxie aussi nécessaire que le traitement, car, si judicieux qu'ait été celui-ci, si efficace qu'il ait pu paraître au début, il peut néanmoins être compromis par une reprise trop rapide ou faite dans de mauvaises conditions.

La prophylaxie de la rechute peut se scinder elle-même en plusieurs problèmes. Avec Mr. P. Bourgeois, nous en distinguerons quatre :

- Le problème du réentraînement à l'effort.
- Le problème de la réadaptation proprement dite.
- Le problème de la rééducation professionnelle.
- Le problème du reclassement professionnel.

Un malade qui sort de sanatorium est, dans le cas

le plus favorable, un homme dont l'état général est excellent; son poids est normal, sa température régulière; les signes fonctionnels qu'il a pu avoir pendant la période aigue de sa maladie se sont amendés, il ne tousse ni ne crache plus. Ses examens bactériologiques sont négatifs, son cliché pulmonaire montre des images non encore cicatricielles, sans doute, mais d'aspect stable et de bonne apparence. Tout permet donc d'espérer pour ce convalescent un avenir dépourvu d'accidents nouveaux.

Mais notre malade faisait hier encore au sanatorium cinq à six heures de cure quotidienne. Peu de temps après, il reprend un travail souvent fatigant. Les conditions d'hygiène, de confort qu'il a connues, il n'est pas assuré de les retrouver à son foyer ou dans sa vie professionnelle. Sa rentrée dans la vie normale va se produire d'une manière beaucoup trop brutale, même dans les cas les plus favorables. Il est avéré que c'est dans la première année qui suit la sortie de sanatorium que le tuberculeux est le plus exposé aux rechutes, 20 à 25 % de celles-ci se produisant pendant cette période. Il est, par conséquent, indispensable de rendre progressive la reprise d'activité, de réentraîner le convalescent à l'effort.

Ce réentraînement a lieu dès les derniers mois de séjour en sanatorium, mais il serait insuffisant, à moins de

prolonger ce séjour outre mesure, et dans ce cas, les problèmes de la rééducation, de la réadaptation ne pourraient être résolus de manière satisfaisante. Le réentraînement doit donc dans la majorité des cas se poursuivre en post-cure.

La réadaptation proprement dite concerne le métier exercé par le sujet avant sa maladie. La rééducation s'applique au contraire au convalescent qui ne peut reprendre son ancien métier et se voit obligé d'en apprendre un autre.

Et pour les uns et pour les autres se pose, lors de la rentrée dans la vie, le dernier des problèmes dont parle Mr. P. Bourgeois, celui du reclassement professionnel. Ce problème est à la fois médical, administratif et social.

Ce sont ces quatre problèmes que la post-cure doit s'employer à résoudre, le traitement de la maladie demeurant en sanatorium la tâche capitale. Nous verrons d'autre part que sur le plan psychologique il est indispensable de sortir un convalescent du milieu sanatorial dès que son état médical autorise à le rapprocher des conditions de la vie normale.

Dans ce travail consacré au problème particulier de la réadaptation des membres de l'enseignement, dans le cadre de la post-cure, nous verrons que cette question se rapproche du problème général. Seules sont spéciales les conditions dans lesquelles se trouvent placés ces malades. Le recrutement, dans ce milieu composé de ressortissants de l'Education

Nationale et plus précisément d'enseignants, a pour conséquence des situations médicales particulières. Il s'agit moins de réentraîner des malades à un effort intensif que de leur assurer une stabilisation durable et de ne laisser courir aucun risque aux enfants qu'ils côtoieront chaque jour. Dans l'établissement de garanties contre d'éventuelles rechutes, nous verrons combien peut être précieux, pour le médecin de post-cure, le secours de disciplines fort éloignées, semble-t-il de la phtisiologie : l'investigation psycho-somatique, par exemple, la kinésithérapie et la rééducation fonctionnelle. Dans toute post-cure se pose enfin le problème du reclassement : nous verrons sous quels aspects il se présente pour les membres de l'enseignement et comment le séjour au centre de réadaptation doit être utilisé pour le résoudre : en orientant le convalescent vers une vie compatible avec son état, en lui ouvrant des voies nouvelles lorsqu'il ne peut reprendre l'enseignement normal, en complétant sa culture par des études spécialisées lorsque la formation qu'il a déjà reçue risquerait de se montrer insuffisante ou mal adaptée.

Si la population de la post-cure est composée en grande majorité de membres de l'enseignement, elle comprend également quelques malades ressortissants de l'Education Nationale ou apparentés qui ne sont pas des enseignants. Ces malades ne doivent pas être abandonnés; leur réadaptation et

leur reclassement posent des problèmes particuliers que nous aurons à envisager dans cette étude.

Le médecin de post-cure ne doit pas tenter d'assumer à lui seul ces tâches trop vastes. Il doit être entouré de médecins spécialisés dans les disciplines connexes, de techniciens du reclassement, de conseillers universitaires. Il importe cependant qu'il soit juge en dernier ressort de ce que proposent ou font ses collaborateurs, ceci pour conserver une unité de vues sans laquelle la réadaptation, qui est avant tout un problème médical, ne saurait être sérieusement envisagée.

o o

o

H I S T O R I Q U E

Saint Vincent de Paul, accueillant dans ses hospices les malades et les infirmes et leur confiant, en contrepartie du logement et de la nourriture, quelques menues besognes, fut peut-être le premier à se soucier vraiment des diminués physiques. Vers 1760, l'Abbé de l'Epée fonda son oeuvre de réadaptation des sourds-muets. Mais ces tentatives restèrent isolées jusqu'à la fin du XIXème siècle.

Il en est de même de la tuberculose. Laënnec a permis de la dépister parfois avant le stade de la phtisie terminale. Mais il n'y a guère plus de cinquante ans qu'est apparu le premier traitement efficace de cette maladie : la cure de repos en sanatorium. Aussi, n'est-ce qu'à ce moment que s'est posé le problème de la réadaptation des tuberculeux et que les premiers médecins de sanatorium ont tenté de le résoudre. Pendant la première moitié de ce siècle, toutes les réalisations furent le fait d'initiatives privées. Il y a seulement huit ans que les pouvoirs publics, dans l'ordonnance du 19 Octobre 1945, ont évoqué ce problème. En 1950, le décret sur les post-cures

est venu ratifier les efforts de courageux pionniers.

"Lorsqu'après des mois, voire des années de traitement "et de soins attentifs, un tuberculeux peut être considéré comme "cliniquement guéri, il importe, après ces mois ou ces années "d'inaction, de ne pas le replacer du jour au lendemain dans "les mêmes conditions de travail qui, dans de nombreux cas, ont "favorisé l'éclosion de sa tuberculose." Mr. P. Bourgeois nous montre dans cette phrase le problème qui s'est posé aux phtisio- logues des environs de 1900 lorsqu'ils ont commencé à pouvoir guérir les tuberculeux, et qui se pose de la même façon à l'heure actuelle. Il s'agit de rendre progressif le passage du régime sanatorial à celui de la vie normale.

I - MANUELS

a) Le réentraînement sanatorial

Il ne fut d'abord question que du réentraînement à l'effort que l'on tenta au Sanatorium même. A Bligny, L. Guinard l'entreprit dès 1904 pour les malades stabilisés. Ceux-ci se livraient à de menues activités utiles à la collectivité dans l'enceinte de l'établissement. Plus tard, furent installés des ateliers de reliure et de menuiserie.

En 1909, Paterson inaugura à Frimley, en Grande-Bretagne, une méthode de réentraînement intensif, où le travail était considéré comme une thérapeutique (occupational therapy).

F. Dumarest, dans un article intitulé "Sanatorium et réadaptation", a étudié cette expérience. Frimley était d'abord un centre sanatorial où l'on traitait la tuberculose. Le malade, aussitôt considéré comme stabilisé, était soumis à une véritable "cure de travail" qui l'amenait en trois ou quatre mois à faire des travaux de force tels que l'abatage des arbres.

En 1912, Dumarest lui-même, à l'imitation de Paterson, tenta des expériences de réadaptation dans son sanatorium d'Hauteville.

Ces essais restaient très limités; ils furent abandonnés car ils ne permettaient d'obtenir que des résultats inconstants. Comme le dit Mr. P. Bourgeois, le travail n'aide pas à la guérison de la tuberculose pulmonaire. Il est tout au plus un test de guérison.

b) Assistance post-sanatoriale et travaux spéciaux

Afin de permettre aux anciens malades ayant quitté le sanatorium de reprendre leur vie dans de bonnes conditions, on créa, mais beaucoup plus tard, des "sana de nuit" (U.R.S.S.) Dans cette ébauche de post-cure, les convalescents trouvaient logement et nourriture, mais ils exerçaient leur activité au dehors, et pour que l'efficacité de la réadaptation fût réelle, il fallait que la progression fût réalisée dans le travail lui-même.

Parallèlement à ces soins de nuit, on créa vers 1934 dans les usines de l'U.R.S.S des chaînes spéciales pour anciens malades ou des emplois à mi-temps. En 1934 également, le Commissariat du Peuple à la Santé institua des primes de réadaptation pour les tuberculeux de l'industrie lourde au cours de la reprise du travail. Ces efforts, peut-être tentés surtout pour des motifs économiques, n'en étaient pas moins intéressants, car le tuberculeux sortant de sanatorium n'était pas remis d'emblée à un travail que ses forces ne lui auraient pas permis d'accomplir.

c) Centres de rééducation proprement dits.

Les réalisations dont nous venons de parler tentaient de résoudre les problèmes du réentraînement à l'effort et de la réadaptation professionnelle. Mais lorsque les tuberculeux guéris restent des invalides partiels, soit du fait d'une diminution importante de leur capacité de travail, soit parce qu'ils appartiennent à la catégorie des cracheurs intermittents de bacilles, le réentraînement doit être accompagné d'une rééducation et d'un reclassement professionnel et leur permettre de trouver une profession compatible avec leur état.

Dans ce but furent créés les villages post-cures qui sont de véritables centres d'apprentissage pour tuberculeux. MM. Courcoux, Chadourne et Berthet ont fait une intéressante

étude de celui de Papworth (Grande Bretagne).

Papworth fut créé en 1916 par Sir Varrier Jones, et la direction médicale en fut assurée par les Docteurs Trail et Mac Callum. C'est à la fois un centre de cure et de réadaptation où le malade passe par le circuit suivant :

- 1) - Un sanatorium comprenant deux pavillons hospitaliers et une clinique chirurgicale.
- 2) - Ensuite vient la phase de réadaptation.
- 3) - Un centre de travail y est adjoint pour les tuberculeux stabilisés ou chroniques.

Les anciens malades habitent avec leur famille dans des résidences voisines et se livrent à des activités diverses, activités artisanales nécessaires à la vie du village. Trois manufactures fonctionnent également de façon prospère: maroquinerie, imprimerie et industrie du bois.

Tous ces travaux ont lieu dans d'excellentes conditions d'hygiène et sous surveillance médicale. L'expérience a prouvé que les risques de contamination étaient très réduits. D'autre part, il s'agit de travail productif : c'est bien un métier que les pensionnaires exercent, ce qui présente le double avantage psychologique et économique :

- de leur permettre de se considérer à nouveau comme des individus normaux et ayant un rôle dans la société.

- d'avoir un rendement économique certain, donc de ne pas être une charge pour la collectivité.

D'autres essais similaires ont été réalisés depuis. Toujours en Grande Bretagne, le village post-cure de Preston-Hall a été créé en 1925 par la British Legion avec le Docteur Mac Dougall. Aux Pays-Bas, à la même époque, ce fut Zonnestein qui est un sanatorium de thérapeutique par le travail, ce travail consistant en la taille des pierres précieuses.

Clairvivire, en France, aboutit à un échec car "la direction et l'administration de ce village sanitaire n'étaient pas confiées à des médecins et que ce centre s'adressait à des pensionnés de guerre à 100 % qui avaient perdu le goût du travail et ne pouvaient bénéficier de leur pension que dans la mesure où ils restaient complètement oisifs" (Mr P. Bourgeois).

Ce type de village post-cure n'a donc pas réussi en France, mais il n'en est pas de même des établissements de post-cure. Cette formule est apparue peu avant la dernière guerre et les premiers centres furent créés sous l'impulsion de la Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail, dont la fondatrice est Mademoiselle S. Fouché. Ce furent Plappeville-les-Metz, le premier, Cornusse, dans le Cher, et d'autres centres pour tuberculeux extra-pulmonaires dont nous n'avons pas à parler ici. Ensuite apparurent d'autres post-

cures dont la plupart étaient le fait d'oeuvres privées. Depuis la guerre, la Sécurité Sociale en a repris quelques-unes.

Dans ces centres, on réadapte les tuberculeux à la vie normale en les faisant travailler, mais aussi on leur apprend un métier manuel. Le problème du reclassement se pose ensuite, et pour le résoudre, ces post-cures sont en relation avec les services d'orientation professionnelle. Mais pour que la réadaptation soit efficace, il faut que tous les éléments dont elle se compose soient en parfaite harmonie. Ceci nécessite un plan d'ensemble qui a été conçu et en grande partie réalisé en Grande Bretagne, mais qui est encore en France trop fragmentaire pour que l'on puisse obtenir les résultats que l'on pourrait désirer.

II - INTELLECTUELS

L'histoire de la réadaptation des intellectuels commence beaucoup plus tard. Le problème posé était, en effet, moins aisé à résoudre. S'il est relativement facile de créer des ateliers où un travailleur manuel peut être réentraîné à l'effort, ce réentraînement ne saurait être très profitable à un intellectuel. C'est plutôt dans le cadre des sanatoriums corporatifs que l'on peut concevoir sa réadaptation. Il y trouve plus facilement des lectures, une ambiance de travail intellectuel. Cette nécessité se faisait surtout sentir pour les étudiants pour qui un séjour en sanatorium était une perte

de temps très préjudiciable.

En 1933, Mr. Douady créa le premier sanatorium pour étudiants à Saint-Hilaire du Touvet où le malade pouvait continuer ses études pendant son séjour.

La première post-cure pour intellectuels fut celle de Lwow en Pologne, qui date de 1934. A cette époque, il ne s'agissait que de quelques chambres réservées à des tuberculeux guéris dans un foyer d'étudiants bien portants. Trois ans plus tard, le foyer fut consacré exclusivement aux anciens malades. Quatre-vingt-deux étudiants des deux sexes y trouvèrent gîte. Pour la plupart, c'étaient des tuberculeux stabilisés; quelques uns, cependant, étaient encore des malades évolutifs. La situation intra-urbaine de l'établissement leur permettait une fréquentation facile de l'Université.

Cette maison existait encore en 1939. On ignore quelle a été depuis sa destinée.

A la même époque, se fit impérieusement sentir le besoin de prolonger l'action exercée à Saint-Hilaire du Touvet, tant pour libérer des lits au sanatorium que pour permettre aux étudiants une réadaptation plus rationnelle dans un centre universitaire. En 1942, Mr. Douady créa la post-cure de Belledonne, à Grenoble, et l'année suivante, celle de la rue Quatrefages à Paris. Celle-ci s'est agrandie depuis de l'établissement de Sceaux et de celui d'Auteuil. Récemment, on a

ouvert un centre à Strasbourg. Mr. Douady, se préoccupant également des écoliers, créa les post-cures de Varenne-Jarcy et de Vaux-le-Pénil. Dans tous ces établissements, l'étudiant peut poursuivre ses études tout en se conformant aux horaires de cure. Ceux-ci sont établis conformément à son état de santé mais avec assez de souplesse pour permettre au malade de suivre ses cours. Ces post-cures d'étudiants sont complétées par une association d'anciens malades qui comporte un service de placement.

A l'étranger, comme en France, la lutte antituberculeuse a fait éclore, à côté des sanatoriums, des post-cures d'étudiants : notons, par exemple, la section universitaire de post-cure du Sanatorium de Pinewood en Angleterre; en Belgique, on projette de créer à Louvain une post-cure universitaire qui viendra compléter le sanatorium pour étudiants d'Eupen.

L'organisation des post-cures universitaires à l'étranger semble cependant loin d'être ce qu'elle est en France où elle permet à l'étudiant tuberculeux, d'une part de poursuivre ses études au sanatorium, d'autre part, dès que son état le permet, de les reprendre au contact même de l'Université tout en bénéficiant d'une surveillance médicale et de conditions matérielles meilleures qu'il ne pourrait trouver autrement.

III - ENSEIGNANTS

La lutte antituberculeuse chez les enseignants se poursuit depuis un demi siècle dans des sanatoriums de caractère corporatif. C'est en effet vers 1905 que l'Union des Sociétés de Secours Mutuels pour les Instituteurs fonda l'un des premiers sanatoriums français : celui de Sainte-Feyre, réservé aux instituteurs, auquel s'est ajouté plus tard celui de Saint-Jean d'Aulph pour les institutrices.

La réadaptation pendant cette première moitié du XX^e siècle fut là ce qu'elle fut ailleurs. A cette époque, on songeait surtout à traiter et non à réadapter. Les instituteurs, ne bénéficiant pas encore des avantages sociaux, devaient quitter le sanatorium dès leur stabilisation. En ce qui concerne les élèves des Ecoles Normales, rien n'était organisé pour leur permettre de poursuivre leurs études pendant la cure.

Trois éléments nouveaux ont permis de porter remède à cet état de choses.

Les lois sociales d'abord, en donnant une sécurité matérielle aux membres de l'Enseignement, leur ont rendu possible un séjour plus long en sanatorium, donc une meilleure consolidation. Le statut des fonctionnaires a encore amélioré la situation des maîtres malades. Ceux d'entre eux qui sont atteints de tuberculose bénéficient maintenant de trois ans de congé de longue durée à plein traitement et deux ans à demi

traitement. Ces délais sont portés respectivement à cinq et trois années si le fonctionnaire peut apporter la preuve que la maladie a été contractée dans le service et du fait de celui-ci (Article 93 de la loi du 19 Octobre 1946).

Sur le plan des études, la création officielle de l'Enseignement par Correspondance du premier degré (1949) et de l'enseignement sanatorial (1950) a réduit considérablement le préjudice causé aux élèves- maîtres par la tuberculose.

Enfin, en 1947, la fusion des Sociétés de Secours Mutuels en une Mutuelle unique de l'Education Nationale a permis de financer la création d'un établissement de post-cure. La nécessité s'en faisait sentir, à la fois pour décongestionner les sanatoriums trop peuplés et pour obéir aux impératifs du moment : permettre une réadaptation plus rationnelle et un reclassement meilleur.

L'exemple suivi fut celui des post-cures pour étudiants; ceux-ci et les enseignants sont des catégories de malades assez semblables en ce sens qu'il s'agit dans l'un et l'autre cas d'intellectuels à qui la formule du sanatorium médical paraît convenir comme type de post-cure. On s'écarta donc de la formule "centre de rééducation professionnelle" qui, nous le verrons, convient bien aux travailleurs manuels.

La post-cure corporative de l'enseignement ouvrit ses portes à Maisons-Laffitte en Novembre 1948.

Cet établissement est indépendant du Sanatorium, ce

qui permet de changer le malade de cadre, de le retrancher de ses habitudes sanatoriales d'oisiveté plus ou moins totale et facilite la reprise du travail. Au point de vue psychologique, il faut rapprocher le convalescent de la vie normale. L'aspect de la maison y contribue en évitant dans son aménagement intérieur tout ce qui peut rappeler le sanatorium, l'atmosphère hospitalière : les chambres des malades sont beaucoup plus des chambres d'hôtel et chaque malade a la sienne particulière le plus souvent possible.

L'aménagement des pièces collectives, salle à manger, salle de réunion, salle de conférences, doit tendre vers le même but.

L'installation du centre de post-cure dans un ancien hôtel de luxe a permis d'y trouver des chambres en nombre suffisant pour recevoir 120 malades. Ce nombre sera porté à 200 par l'ouverture d'une section de post-cure féminine . Les locaux nécessaires pour les services généraux existaient déjà et il ne s'est pas présenté de difficulté à leur sujet. Il n'en a pas été de même du service médical qui n'avait pas été prévu dans l'établissement puisque celui-ci n'avait pas au départ une destination médicale. Une solution satisfaisante a cependant été trouvée et ce service comporte : deux bureaux médicaux, une salle d'insufflations, une salle de radiologie, une salle d'attente, une salle de tomographie, une salle de développement radiologique, un laboratoire et une salle de bronchoscopie (utilisée

également pour la rééducation fonctionnelle).

La situation de l'établissement à 15 kms de Paris donne aux malades la possibilité d'étudier et de se cultiver. La proximité de Versailles permet d'autre part aux professeurs de l'Ecole Normale de cette ville de venir donner leurs cours au Centre.

La création d'une post-cure pour les membres de l'Enseignement a donc donné à ces malades des possibilités de réadaptation qu'ils n'avaient auparavant, ni sur le plan médical, ni sur le plan des études.

o o
o

R E C R U T E M E N T

Si l'on prend le terme "post-cure" en son sens étymologique, on constate que cette association d'un adverbe latin et d'un substantif français, bien que peu harmonieuse sur le plan du langage, semble désigner une chose précise : la période de cure que fait le malade après la cure sanatoriale. Cependant ce terme s'étend alors à une catégorie de malades qui ne passent jamais dans un centre de post-cure mais sortent du sanatorium pour continuer à se soigner en cure libre ou qui, au contraire, passent leur convalescence au sanatorium. Nous voyons donc que notre vocable n'est pas encore assez précis et qu'il faut limiter son emploi pour désigner les établissements de post-cure.

Mais là encore, nous constatons que le recrutement, s'il est relativement homogène dans un même centre, ne l'est plus lorsque nous passons de l'un à l'autre. Certains centres recrutent des sujets déjà presque guéris tandis que d'autres acceptent des malades à peine stabilisés, à leur sortie de sanatorium. Devons-nous en conclure qu'il existe plusieurs types de post-cures et que ce terme s'applique à des établissements

différents ? Certainement, mais cette anomalie apparente a sa raison d'être, car le but recherché n'est pas exactement le même.

Prenons le cas des centres de post-cure destinés aux techniciens et aux travailleurs manuels. Ces établissements se proposent d'apprendre à des convalescents un métier compatible avec leur état de santé lorsqu'ils ne peuvent, du fait de la maladie, reprendre celui qu'ils exerçaient autrefois. Ce faisant, ils se placent plutôt dans la catégorie des centres de rééducation professionnelle que dans celle des centres de réadaptation. Pour réaliser leur dessein, ces centres, tout en modérant l'effort de leurs malades, sont obligés de leur demander un travail manuel, c'est-à-dire fatigant physiquement, de 4 à 5 heures par jour. Ils ne peuvent donc les recruter parmi des sujets imparfaitement stabilisés. Bien au contraire, ils exigent à l'entrée un examen médical en même temps qu'un concours technique. Un sujet encore fatigable n'est pas admis.

Dans une post-cure d'intellectuels, il n'est plus question d'exiger un effort physique important, puisque les malades n'auront pas non plus à le fournir lorsqu'ils seront rentrés dans la vie normale. Il s'agit seulement de les amener peu à peu à supporter un effort modéré, et de vérifier leur stabilisation au cours d'une période de reprise d'activité; c'est donc plutôt une épreuve du travail qu'on leur fait subir.

Notamment dans le cas des membres de l'enseignement, le but de la réadaptation n'est pas d'en faire des "athlètes de la parole", mais seulement de s'assurer qu'ils supportent un effort modéré, avant de les laisser reprendre un travail qui leur convienne.

Il est dès lors inutile d'attendre ce qu'il est convenu d'appeler la guérison pour entreprendre cette tâche. Ce serait une perte de temps qui aurait pour résultat d'encombrer inutilement les sanatoriums et de porter préjudice à l'intéressé, celui-ci épuisant cependant ses congés de longue durée. Il suffit d'attendre que le malade soit stabilisé.

Qu'est-ce que la stabilisation? C'est, dit Dumarest, "cet état intermédiaire si curieux qui, malgré la persistance de lésions radiologiques, correspond en fait à une guérison clinique." Lorsque le recrutement se base sur cette formule, le centre de post-cure se rapproche beaucoup de la conception du sanatorium médical, c'est-à-dire d'un sanatorium où l'on ne pratique ni les créations de pneumothorax, ni les interventions chirurgicales, mais où l'on continue ces traitements lorsqu'ils ont été entrepris au sanatorium de cure, tout en surveillant l'état clinique et radiologique pour dépister une nouvelle poussée évolutive ou une rechute aussi précocement que possible. Au moment de leur admission, les malades sont donc beaucoup moins

avancés dans leur convalescence que dans le cas précédent. Ce n'est que peu à peu que l'on diminuera les heures de cure quotidiennes pour éprouver la solidité de leur stabilisation.

Les malades qui ont récemment présenté des émissions bacillifères ne seront pas admis, car ils ne peuvent être considérés comme stabilisés; leur place est encore au sanatorium de cure. Par contre, ne seront pas refoulés systématiquement ceux qui, sous un collapsus récent mais efficace, n'ont pas encore un effacement lésionnel absolu. La disparition des bacilles, contrôlée par plusieurs cultures après tubages, sera l'un des meilleurs critères de l'efficacité de ces collapsus.

Une condition est capitale pour le recrutement: il ne faut admettre que des gens valides. Les malades couchés sont à éliminer. Il serait irrationnel d'hospitaliser dans un centre de réadaptation des individus que l'on ne pourrait songer à réadapter. Ceci ne veut pas dire qu'il faille **transférer les malades** qu'un épisode aigu banal tient au lit pendant une période de courte durée. Ceci ne signifie pas non plus qu'il faille rejeter les malades fatigables comme on le fait dans les centres de rééducation professionnelle pour travailleurs manuels.

Avec F. Dumarest, nous distinguerons, selon leur capacité de travail, cinq catégories de tuberculeux pulmonaires :

1) - les malades en évolution, curables ou non, et justiciables d'une cure sanatoriale ou d'une hospitalisation

indéfinie.

2°) - les "chroniques", invalides à titre définitif qu'il s'agit d'occuper et d'utiliser dans une mesure restreinte et sous surveillance médicale.

3°) - les malades incomplètement stabilisés, dont le rétablissement complet est possible à la condition qu'ils travaillent temporairement dans des conditions spéciales de réentraînement et de surveillance.

4°) - les malades bénins qui n'ont pas besoin de soins mais seulement d'une surveillance assidue et qui peuvent mener une vie à peu près normale.

5°) - les tuberculeux guéris qui peuvent reprendre leur place dans la société.

Les malades de ce dernier groupe n'ont évidemment rien à gagner à un séjour en post-cure puisqu'ils peuvent travailler de nouveau de façon normale. Il y a au contraire tout intérêt à ne pas perdre de temps : ils seront ainsi moins déshabitués de l'effort.

Les incurables du premier groupe se rencontrent moins fréquemment qu'autrefois, au fur et à mesure de la découverte et de l'application des traitements modernes qui permettent d'obtenir des guérisons plus solides et plus fréquentes. La place de ces malades n'est pas en post-cure, elle est en sanatorium ou en hôpital.

Les chroniques du groupe 2, s'ils sont des diminués physiques à titre définitif, ne sont pas toujours pour autant incapables de tout travail. Ce sont seulement des malades à qui la tuberculose interdit l'exercice de leur profession antérieure. On peut les admettre dans un centre de post-cure où leur séjour aura pour but d'établir un bilan de leurs possibilités d'effort et de les orienter vers un métier compatible avec leur santé. En ce qui concerne plus particulièrement les enseignants, ceux d'entre eux qui se rangent dans ce groupe ne pourront jamais être replacés dans une classe normale. Nous verrons plus loin les voies qui s'offrent à eux : l'enseignement par correspondance ou l'enseignement en établissement de cure.

Les malades du groupe 3, dont le rétablissement complet est possible, pourront reprendre une vie normale après deux ou trois ans de consolidation. En attendant, ils peuvent travailler dans des conditions spéciales. Un séjour en post-cure de six mois à un an sera pour eux une préparation au travail; en même temps qu'une réadaptation, ce sera une rééducation. Les enseignants de ce groupe sont à diriger, comme ceux du groupe 2, vers l'enseignement par correspondance ou l'enseignement sanatorial, mais pour une durée limitée cette fois.

Les malades du groupe 4, les malades bénins, peuvent reprendre une vie normale. Ceci est vrai dans le principe, mais pour les membres de l'enseignement, il serait dangereux, même dans ce cas, de les remettre en contact avec des enfants avant

d'être sûr que ce contact sera sans risque. Les malades hénins ne sont pas toujours des malades non contagieux ou non susceptibles de le devenir; ils semblent même plus exposés à émettre des bacilles de façon intermittente que ceux, plus gravement atteints à l'origine, dont la lésion a rendu nécessaire l'établissement d'une collapsothérapie. Un séjour en post-cure est donc indiqué pour eux. Au cours de ce séjour, on mesurera la résistance du malade à l'effort et le potentiel évolutif des lésions. Il est inutile pour cela de prolonger le séjour en sanatorium.

Lorsqu'il s'agit d'enseignants, on peut ajouter à ces malades du groupe 4 ceux dont la tuberculose a été dépistée au cours d'un examen systématique sans qu'aucun signe clinique ait pu auparavant la faire soupçonner, sans que les bacilloscopies l'aient même authentifiée. Si les images constatées à l'examen radiologique sont discrètes, on ne peut pas toujours affirmer d'emblée leur caractère évolutif et condamner des malades à un séjour sanatorial alors qu'ils peuvent être seulement porteurs de lésions anciennes. On ne peut pourtant non plus les laisser mener une existence normale au contact d'élèves avant d'être assuré que cette solution est sans danger.

Un séjour en post-cure permettra de faire mener à ce "douteux" pendant quelques mois une vie ralentie. On vérifiera pendant ce temps le potentiel évolutif des lésions en pratiquant des examens radiologiques et bactériologiques en série.

Deux cas peuvent se produire :

1°) Après quatre ou six mois, l'image radiologique a régressé ou s'est stabilisée, les recherches bactériologiques, malgré leur fréquence, n'ont jamais montré de bacilles; le malade peut alors être admis à reprendre un enseignement normal. Il lui sera seulement conseillé d'éviter les excès et de se faire suivre régulièrement.

2°) Au cours du séjour en post-cure, on constate que les anomalies radiologiques s'accroissent ou s'étendent, que l'expectoration ou le liquide de tubage gastrique contiennent des bacilles de Koch. Il est alors nécessaire de diriger le malade vers un sanatorium où un traitement précoce sera mis en oeuvre.

Dire que l'on admet ces sujets douteux ne signifie pas qu'il faille admettre tous les malades dépistés. La plupart d'entre eux présentent des lésions dont on peut immédiatement affirmer le caractère évolutif. Une sanction thérapeutique s'impose : la cure sanatoriale. Il ne serait pas souhaitable de créer en post-cure une section de pré-cure qui suppose une organisation matérielle différente.

Dans ces dernières années, on a vu s'accroître le nombre des tuberculeux pulmonaires traités par exérèse. Ces malades sont justiciables d'une réadaptation très peu de temps après l'intervention. Les envoyer en sanatorium ne serait pas logique d'autant qu'ils s'y trouveraient avec des malades contagieux, ce qui ne serait plus en l'occurrence sans inconvénient.

Leur place est donc dans une post-cure tant que les sanatoriums pour non contagieux seront peu répandus.

En ce qui concerne les convalescents de tuberculose osseuse, puisqu'il existe des centres de réadaptation ou de rééducation qui leur sont destinés, ils ont intérêt à entrer dans ces établissements qui leur conviennent. Cependant, lorsqu'il s'agit de tuberculoses mixtes, si les lésions pulmonaires ont été traitées en sanatorium, la réadaptation peut être envisagée dans le cadre de la post-cure pour pulmonaires.

Le cas des convalescents de tuberculose méningée est différent. C'est un type de malades que l'on ne rencontre que depuis l'emploi des antibiotiques. Ils ne relèvent ni du pré-ventorium, ni de la maison de repos, ni d'un sanatorium où ils seraient en contact avec des tuberculeux bacillaires. On peut donc les admettre dans une post-cure de pulmonaires. Il en est de même des malades atteints de tuberculose génitale.

En résumé, la grande majorité des malades de post-cure sont des tuberculeux pulmonaires traités en sanatorium et qui le quittent au moment où s'amorce leur guérison, où leur état leur permet une reprise modérée d'activité. Ce sont les malades des groupes 2 et 3 de Dumarest auxquels on peut joindre chez les enseignants ceux du groupe 4. Dans la mesure des places disponibles, la post-cure pourra prendre aussi des malades récemment dépistés ou des convalescents de tuberculose mixte. Mais il faut éliminer strictement tous les malades alités.

M E D I C A L

READAPTATION NORMALE

Nous avons vu comment une post-cure d'intellectuels recrute ses pensionnaires. Nous avons vu comment elle se différencie et par son recrutement et par son but d'une post-cure de manuels, le but étant ici la reprise progressive d'un effort important, là, une épreuve de travail. Il faut maintenant étudier la manière dont on fait subir aux convalescents cette épreuve.

La définir en disant qu'elle consiste à diminuer peu à peu les heures de cure quotidienne pour augmenter celles que le malade consacre à sa réadaptation est insuffisant. Il peut d'ailleurs sembler paradoxal que l'épreuve du travail commence souvent en post-cure par une recrudescence de repos. Ce fait est cependant justifié.

En sanatorium, les tuberculeux mènent une vie tranquille, même entre les heures de cure. Dans de nombreux établissements, ils ne sont pas autorisés à dépasser les limites du parc et les occupations qu'ils peuvent trouver à l'intérieur ne leur demandent pas un effort physique exagéré. Même s'ils peuvent sortir, leurs ébats sont vite limités par la carence de distractions, un sanatorium étant le plus souvent situé en pleine campagne. D'autre part, ils vivent entre tuberculeux et il y a,

consciemment ou inconsciemment, une baisse de régime de leur activité : par exemple, leurs promenades sont plus lentes.

Une post-cure est au contraire située près d'une ville, d'une grande ville puisqu'elle doit être un centre d'études. C'est une des nécessités de la réadaptation dont nous avons déjà parlé. En même temps que ses avantages, la ville offre au convalescent ses inconvénients, distractions et fatigues de toutes sortes. Ce sujet qui vient de mener pendant quelques mois une existence de reclus est d'autant plus tenté de profiter des occasions à lui offertes qu'il en fut longtemps sevré. Ce désir correspond d'ailleurs au besoin de s'évader de la maladie qui existe, nous le pensons, chez la plupart des anciens malades. Rares sont ceux d'entre eux ayant repris leur métier qui demandent un congé; ils se font au contraire un titre de gloire de continuer à travailler. Et déjà la post-cure représente pour eux un début de preuve de guérison. Mais même lorsque le convalescent ne cède pas à ce désir plus qu'il n'est raisonnable, il est pris par le rythme plus agité de la vie normale. Il s'en suit que, même avec un horaire de cures identique dans les deux cas, la vie en post-cure est toujours plus fatigante qu'en sanatorium. Cette différence se marque souvent objectivement par une légère baisse pondérale pendant le premier mois de séjour. Pour que le changement ne soit pas

trop brutal et se fasse progressivement, le médecin est amené à imposer pendant cette période un repos plus strict; passé ce mois, les malades sentent souvent d'eux mêmes la nécessité de modérer leur besoin d'évasion et l'on peut alors régler leur vie dans un sens plus conforme avec la destination de l'établissement.

Pendant cette période, le médecin aura fait le bilan des possibilités du sujet. Ce bilan dépend d'éléments nombreux et variés. MM. Douady, Cohen et Ezra ont étudié 297 cas de tuberculose pulmonaire n'ayant pas rechuté pendant dix ans au moins. Par comparaison avec un lot de malades ayant rechuté, ils ont cherché dans quelle mesure chaque signe ou symptôme présenté par le sujet avait statistiquement une influence sur les rechutes. Leurs conclusions ont été les suivantes :

- en ce qui concerne la lésion initiale : sont des éléments de pronostic favorable l'absence de localisation extra-pulmonaire, l'unilatéralité stricte de l'atteinte, la localisation sous-claviculaire; en cas de caverne, sa petite taille; en cas d'atteinte bilatérale, la bénignité de l'atteinte contro-latérale, la moindre densité des lésions et leur tendance non extensive avant le traitement.

- en ce qui concerne le traitement entrepris : sont des éléments défavorables à la rechute: un temps de séjour en sanatorium

prolongé, la collapsothérapie, que le pneumothorax soit total d'emblée ou après section de brides.

- au moment de la sortie : ont la même signification : l'apyrexie, l'absence de râles à l'auscultation, l'existence d'un bon état général.

Enfin, ces auteurs ont noté, comme beaucoup l'avaient déjà fait, que le plus grand pourcentage de rechutes se produisait dans l'année qui suit la sortie du sanatorium.

Par contre, ils ont relevé qu'aucune différence statistiquement valable n'a pu être mise en évidence en ce qui concerne les éléments ci-après : le sexe, l'âge, les antécédents tuberculeux, le mode de début, l'expectoration, l'absence de symptômes cliniques, l'absence de bacilles de Koch, l'étendue des lésions, l'existence de cavernes, la localisation et l'évolutivité des lésions contro-latérales.

Les auteurs estiment en outre que si l'existence ou l'absence de caverne n'a pas d'importance statistiquement, c'est que les cavités sont en général traitées par un collapsus tandis que les lésions bénignes ne le sont pas.

Ces constatations sont un guide pour le médecin en ce qui concerne la réadaptation. Mais ces nombreux éléments varient au point que : "il serait plus exact, plus conforme à la réalité de dire les tuberculeux que la tuberculose " (F. Dumarest) . Il faut donc pour chaque malade établir un bilan

car, dit encore Dumarest : "on commet une erreur quand on prétend juger sur un seul symptôme du maintien ou de la disparition du caractère évolutif." Ce bilan permettra de dire dans quelle mesure un malade est stabilisé; mais on ne pourra pas encore parler de guérison car il manque pour en juger un élément capital : le temps.

Quant à tous ces éléments que nous venons d'énumérer, ils ne peuvent entrer en ligne de compte sur le même plan. Le médecin de post-cure juge d'après le dossier du malade et les éléments qu'il a à sa disposition sont essentiellement : la tendance extensive ou résolutive au début, la précocité du traitement et la rapidité plus ou moins grande de la régression des lésions après celui-ci; d'autre part, les signes généraux et fonctionnels pendant la période d'observation qu'est le premier mois de séjour : toux, expectoration, appétit, température, fatigabilité et asthénie.

Enfin, le mode de traitement lui-même demande à être jugé, car toutes les thérapeutiques de la tuberculose pulmonaire ne semblent pas donner la même garantie contre les rechutes. Si les antibiotiques ont été et demeurent un appoint considérable, il semble bien qu'utilisés seuls ils permettent d'obtenir une amélioration initiale mais que celle-ci est souvent suivie d'une reprise évolutive à plus ou moins brève échéance.

Le recul est de toute manière insuffisant pour autoriser un jugement, mais l'étude des rechutes survenues depuis 1948 au centre de post-cure de Maisons-Laffitte semble venir à l'appui de cette opinion. La seule année 1953 totalise à peu près autant de rechutes que les quatre années précédentes réunies.

L'augmentation brutale du nombre des rechutes en 1953 porte essentiellement sur les récidives in situ et non pas sur les rechutes à distance en parenchyme précédemment sain.

Or, pendant cette période de 1949 à 1953, les conditions de la cure hygiéno-diététique sont restées les mêmes tant en sanatorium qu'en post-cure. Les traitements, eux, ont changé; les antibiotiques ont été beaucoup plus utilisés seuls et nous avons vu dans le même temps diminuer de façon nette le nombre des collapsus : de 160 en 1949, il est passé à 89 en 1953. Pendant ces cinq années, nous avons aussi pu constater que les bilatéralisations étaient beaucoup plus fréquentes après un collapsus efficace tandis que les récidives étaient l'appanage des séquelles non homogènes.

"Il semble donc qu'il y ait eu au moins une coïncidence entre l'emploi plus étendu des antibiotiques et la désaffection à l'égard de la collapsothérapie, d'une part, et le nombre des récidives, d'autre part". (MM. R. Kervran et G. Rollin)

D'un autre côté, il semble également " qu'il faut admettre que les séquelles qui restent après nettoyage par

antibiotiques sont beaucoup moins stables et de pronostic plus réservé que des images identiques obtenues par la simple cure. Autrement dit, les nettoyages obtenus par le repos semblent de meilleure qualité que ceux obtenus par les antibiotiques."

Le repos reste d'ailleurs le traitement fondamental de la maladie, mais, s'il est prescrit seul, il doit être observé pendant une longue période pour garantir contre une reprise évolutive. Associé à la collapsothérapie, qui permet d'obtenir rapidement une bonne rétraction lésionnelle, le repos semble assurer le maintien de ce résultat.

L'efficacité de la collapsothérapie n'est plus à démontrer, plusieurs dizaines d'années étant un recul suffisant. " Il est évident qu'un pneumothorax appliqué précocement et opportunément et bien réussi peut, en facilitant la réparation anatomique, abréger de beaucoup le délai nécessaire à la reprise de l'activité, sous condition de sa continuation." Ce jugement déjà ancien de Dumarest concernant le seul pneumothorax peut être repris à propos des autres types de collapsus; tous les termes qui le composent ont leur importance. Il date d'avant l'ère des antibiotiques; depuis qu'on les utilise, les complications qui, autrefois, venaient souvent compromettre la bonne réussite d'un collapsus peuvent aujourd'hui être évitées. Ce n'est pas là le moindre avantage de cette thérapeutique.

Pour les malades qui ont été traités par un collapsus

médical ou chirurgical, il importe de savoir dans quelle mesure leur fonction respiratoire a été modifiée par ce traitement. Il est donc nécessaire de faire un bilan fonctionnel complet. Il en est de même pour les convalescents de tuberculose pleurale. La rapidité de la réadaptation en dépend et aussi le résultat que l'on peut espérer obtenir. Mais nous verrons plus loin que des sujets très diminués sur ce point peuvent souvent être considérablement améliorés par des séances de rééducation fonctionnelle.

Le médecin de post-cure doit donc réunir toutes ces données, les critiquer et en faire la synthèse, après quoi il prendra une décision. Ce travail est facilité pour les membres de l'enseignement par le fait que la post-cure fait partie d'une chaîne d'établissements et que, chaque malade y arrivant avec son dossier complet, on peut avoir rapidement une vue d'ensemble de sa maladie.

La réadaptation ayant été mise en train, le rôle du médecin est maintenant de la surveiller. Il doit contrôler les résultats obtenus par le malade au point de vue de sa résistance à l'effort et vérifier que cette reprise d'activité coïncide avec une stabilité ou une amélioration de l'état pulmonaire. Petit à petit, le sujet progresse et pendant les six à douze mois que dure en moyenne son séjour, il y aura lieu de

modifier de temps en temps le régime de cure. Il faut aussi parfois décider s'il est opportun de faire accompagner le réentraînement simple à l'effort de quelques séances de réadaptation fonctionnelle. Nous verrons plus loin le détail de ces pratiques et en quoi elles concourent au but recherché.

La surveillance au cours du séjour nécessite des examens fréquents, complets et soigneux.

Fréquents, car il est important de dépister précocement, non pas une rechute, mais tout signe prémonitoire indiquant un fléchissement de l'état général ou local. Le malade est examiné toutes les trois ou quatre semaines : on vérifie son poids, sa température, sa symptomatologie pulmonaire, le fonctionnement de son appareil digestif. Les examens de laboratoire, mesure de la vitesse de sédimentation globulaire, examen de l'expectoration ou du liquide de tubage gastrique, tiennent une place importante dans cette surveillance que complète un contrôle radioscopique. Environ tous les trois mois, on y ajoute un cliché pulmonaire standard. Cette fréquence est d'ailleurs minimum, car chaque malade doit être examiné dès qu'il signale un symptôme qui l'inquiète. Pour nombre d'entre eux, les examens radioscopiques pratiqués lors des insufflations permettent un contrôle supplémentaire.

Ce sont les examens de laboratoire qui ont la plus grande importance dans ce contrôle mensuel. La plupart des rechutes sont dépistées en post-cure par la découverte de bacilles de Koch

avant toute modification de l'image radiologique, lorsque les examens sont faits fréquemment et régulièrement. Il semble plus rationnel pour ce dépistage de renoncer aux homogénéisations systématiques et de pratiquer chaque mois une culture qui donne de biens meilleurs résultats chez les malades paucibacillaires.

Le soin et la fréquence de tous ces examens sont une nécessité non seulement au point de vue médical mais aussi du fait de la législation en vigueur pour les enseignants qui précise : "ne peuvent être réintégrés que les fonctionnaires dont la guérison est cliniquement et radiologiquement constatée, et de plus, en ce qui concerne les tuberculeux pulmonaires, que ceux qui n'ont pas présenté de bacilloscopies positives, malgré plusieurs recherches, depuis six mois au moins." (Arrêté du 19 Août 1947, article 17.)

L'Administration a souligné par là la gravité du problème que pose le contact quotidien entre les élèves et le maître, et les conséquences qui peuvent en résulter s'il existe encore des possibilités de contamination. Marquant bien que c'était ce problème qui importait, elle est revenue depuis sur cette question et ses décisions ont été cette fois encore plus draconiennes. La circulaire N° 94 du 12 Mai 1951 précise que " la réintégration dans des fonctions enseignantes normales peut être envisagée :

- si l'intéressé n'a pas présenté de bacilloscopie positives depuis deux ans. Cette absence de bacilles devrait être

confirmée par des cultures.

- si, depuis deux ans, l'image radiologique qu'il présente est d'apparence cicatricielle et s'est maintenue sans changements

- si la fonction respiratoire est peu altérée."

La différence est donc faite entre les fonctions enseignantes normales et les postes réservés qui peuvent être temporairement confiée à un ancien malade et l'éloignent des jeunes enfants.

"Ces règles, ajoute le texte de la circulaire, doivent être interprétées et appliquées en fonction du contexte clinique: gravité de l'atteinte initiale, étendue, unilatéralité ou bilatéralité des lésions, rapidité d'action des thérapeutiques au cours de la cure."

Ces commentaires qui visent à assouplir ce que les conditions énoncées auparavant avaient de trop rigoureux laissent aux Comités Médicaux leur liberté d'appréciation pour chaque cas.

En ce qui concerne la post-cure, ces textes expliquent la nécessité d'examens cliniques, radiologiques et surtout bactériologiques fréquents. Ce sont eux qui permettent de présenter au Comité Médical un dossier complet facilitant son jugement au moment de la demande de réintégration. Cette demande est le plus souvent faite pendant le séjour en post-cure et le sujet reprend ses fonctions, normales ou non, lors de sa sortie du centre.

La réadaptation d'un tuberculeux ne cesse pas brutalement au moment où il quitte la post-cure. Sans doute a-t-on gagné beaucoup en le faisant passer progressivement de la vie sanatoriale à la vie normale. Mais la sortie du centre, bien que moins brutale, représente tout de même un changement subit : de la vie régulière avec horaire de cure, le convalescent passe à l'existence familiale, plus libre, plus variée. Malgré ce que l'on a gagné par la réadaptation, tout n'est pas fait et il est bon de continuer à surveiller, à conseiller l'ancien malade.

INCIDENTS AU COURS DE LA READAPTATION

Nous venons d'étudier la réadaptation générale d'un tuberculeux dans le cas le plus favorable où elle n'est grevée par aucun incident. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Parfois, l'épreuve du travail que l'on fait subir au malade doit être freinée ou arrêtée. Parfois encore une nouvelle évolution impose un retour en sanatorium. Nous allons examiner ces incidents et voir le rôle que peut jouer la post-cure dans leur traitement, ses possibilités et ses limites.

a) Les épanchements .

Qu'il s'agisse d'épanchements séro-fibrineux ou hémorragiques, ce sont en général des incidents bénins. Ils sont justiciables de traitements locaux et généraux qui peuvent être facilement entrepris en post-cure, et ne nécessitent que l'existence d'une infirmerie où la surveillance attentive des

alités soit possible. Il est cependant des cas assez rares où l'on doit intervenir chirurgicalement; il faut alors diriger les malades sur un sanatorium disposant d'une organisation matérielle adéquate.

b) Les poussées évolutives

Elles étaient relativement rares mais nous avons vu que leur nombre avait brutalement augmenté en 1953. Comme les épanchements, on peut les répartir artificiellement en deux groupes suivant qu'elles peuvent être traitées à la post-cure même ou qu'elles nécessitent un retour en sanatorium.

1 - Les petites poussées évolutives.

Elles peuvent avoir une traduction radiologique, qu'il s'agisse de l'apparition d'une nouvelle image discrète, petite infiltration ou nodule, ou de l'accentuation d'une image préexistante. Mais lorsque ces poussées ont pour caractère essentiel la discrétion, ne nécessitent pas la création d'un collapsus, qui n'est possible qu'en sanatorium chirurgical, mais seulement un traitement médical, on peut conserver ces malades en post-cure.

Lorsque ces poussées n'ont pas de traduction radiologique mais se manifestent seulement par l'émission de bacilles, il convient de penser à la possibilité d'une tuberculose bronchique et de la rechercher. Ces cas ne sont pas exceptionnels et une post-cure doit comporter une installation permettant de pratiquer des bronchoscopies

2 - Les poussées évolutives graves.

Si le nouvel incident nécessite l'institution d'un collapsus ou une intervention chirurgicale, en particulier s'il existe une lésion ulcérée, la place du malade n'est plus en post-cure où son état ne saurait s'améliorer, mais en sanatorium.

c) Les cracheurs intermittents de B.K.

Il est une catégorie de malades chez qui la découverte de B.K. ne peut s'expliquer ni par une modification de l'image radiologique, ni par une atteinte bronchique, malgré la minutie des investigations. Il s'agit souvent de malades porteurs de séquelles assez importantes et anciennes qui donnent de temps en temps lieu à l'émission de quelques bacilles sans que l'on puisse prononcer le mot d'évolution.

La question d'un collapsus ne se pose pas dans ce cas. Lorsque les séquelles sont assez localisées et que le reste du parenchyme est sain, en particulier le poumon opposé, ces malades peuvent être justiciables d'une exérèse et doivent être dirigés vers un sanatorium chirurgical. Sinon, il faut tenter une cure par les antibiotiques pour essayer de négativer leur expectoration; mais le plus souvent, le résultat obtenu est nul ou provisoire. Ces malades devant lesquels le médecin est un peu désarmé ne sont pas empêchés de mener une vie assez

active. On pourrait parfois leur permettre de retourner dans la vie normale s'ils ne risquaient pas de contaminer leur entourage. Mais dans le cas des membres de l'enseignement, cette solution est impossible et si ces malades ne posent plus de problème médical, ils posent un problème social dont nous aurons à parler dans un prochain chapitre.

IMPORTANCE DU SERVICE MEDICAL

Il n'est pas inutile de parler de l'importance du service médical au simple point de vue matériel. Nous avons vu le nombre d'examens qui étaient nécessaires au cours du séjour d'un malade au centre de post-cure; il est superflu de parler du soin avec lequel ils doivent être faits. Mais ce soin exige un matériel irréprochable.

Le matériel radiologique doit être précis. Les clichés et les tomographies doivent être particulièrement détaillés et permettre d'apprécier les moindres nuances de l'image. C'est de nuances en effet qu'il s'agit, beaucoup plus encore en post-cure qu'en sanatorium. Dans un centre de cure, pendant la période aiguë de la maladie, le médecin donne de la valeur à des modifications cliniques ou radiologiques relativement importantes. Mais plus le malade se stabilise, moins les modifications de son état deviennent sensibles, et c'est pourtant d'après elles qu'il faut prendre les décisions concernant la

thérapeutique et la réadaptation.

En ce qui concerne le laboratoire, nous passerons rapidement sur le plan sérologique, les essais de réactions nouvelles ou les reprises de techniques anciennes n'ayant pas donné de résultats fidèles; seule la recherche de la vitesse de sédimentation (méthode de Westergreen) conserve quelque valeur, valeur cependant secondaire à côté de celle des examens bactériologiques.

C'est, en effet, la recherche du B.K. qui est essentielle pour des raisons à la fois médicales et administratives que nous avons déjà vues. Il est donc nécessaire de pratiquer des examens bactériologiques fréquents et minutieux. La moyenne pour chaque malade est d'une culture tous les mois. Cela fait environ par mois un total de cinquante tubages gastriques, soixante dix cultures sur milieu de Löwenstein-Jensen et dix inoculations au cobaye pour une post-cure de 120 lits, à quoi il faut ajouter la recherche de la résistance aux antibiotiques pour les malades qui ont éliminé des bacilles.

Cette fréquence et cette qualité des examens, nécessaires dans toute post-cure mais plus particulièrement pour les membres de l'Enseignement, font du laboratoire le pivot du service médical. Elles exigent un excellent équipement matériel et surtout la présence de techniciens éprouvés.

Ce laboratoire doit en outre permettre de faire les

divers examens de pratique courante qui peuvent être rendus nécessaires lorsque survient chez un tuberculeux une affection intercurrente, de manière à ne devoir laisser à un laboratoire spécialisé que les examens trop délicats ou ne pouvant être exécutés qu'à l'aide d'un matériel trop coûteux.

Avant de quitter l'aspect matériel de ce service médical, il nous faut dire quelques mots des nécessités créées par les alités. Ceux-ci sont en général peu nombreux en post-cure : ce sont le plus souvent des malades qu'un épisode intercurrent ou un incident phthisiologique mineur tiennent au repos pendant quelques jours; parfois aussi, il s'agit de sujets qui rechutent et que l'on met au repos intégral pour une certaine période ou en attendant leur retour au sanatorium.

Les soins aux alités sont facilités par l'existence d'une infirmerie qui permet de grouper ces malades. L'idéal serait même de pouvoir placer ce service à côté du service médical. Cette infirmerie est équipée d'un appareil portatif de radiologie pour permettre le contrôle radioscopique et la prise de clichés au lit même du malade.

Le petit nombre des alités doit permettre de leur servir l'alimentation de leur choix, pour essayer d'entretenir leur appétit dont dépend pour une grande part leur état digestif.

LE MEDECIN de POST-CURE

Nous ne pouvons achever ce chapitre consacré au service médical sans parler du médecin de post-cure.

Son rôle est primordial. Nous avons déjà dit au début de ce travail que l'une des fonctions du médecin-directeur était de grouper les efforts de ses collaborateurs médicaux ou extra-médicaux en vue d'une unité d'action indispensable et pour conserver à l'établissement sa destination avant tout médicale.

Le rôle du médecin dans le service médical est moins un rôle d'initiative que de contrôle. L'initiative du traitement a déjà été prise en sanatorium et pendant le séjour du malade à la post-cure, il s'agit surtout de surveillance. De temps à autre, le médecin est amené à modifier les insufflations d'un collapsus en fréquence ou en quantité, à changer le régime de vie du convalescent suivant la façon dont il supporte la réadaptation. Mais la tâche essentielle consiste à dépister précocement les moindres signes prémonitoires des rechutes ou poussées évolutives; c'est la partie la plus délicate du travail en post-cure.

Le médecin de post-cure doit faire partie du cadre des phthisiologues des services publics tout comme ses confrères des sanatoriums de cure. Ceci a été imposé par le décret du 6 Janvier 1950 régissant les centres de post-cure. Le législateur a montré par là l'importance de la place occupée par les post-cures dans

l'armement antituberculeux, au même titre que les sanatoriums. Il a reconnu aussi la difficulté souvent grande de ce travail.

Car, nous l'avons vu, il s'agit de nuances radiologiques auxquelles il faut donner leur juste signification et il est parfois presque impossible de savoir si une modification minime de l'image cicatricielle est un pas vers la guérison ou au contraire l'amorce d'une reprise évolutive.

A côté de la phthisiologie classique, le médecin de post-cure est amené à s'occuper d'une pathologie assez particulière : il s'agit des petites déficiences fonctionnelles qui passaient au second plan au sanatorium, car la tuberculose occupait le devant de la scène, mais qui ressortent à présent que le poumon attire moins l'attention du malade. Ces affections s'apparentent aux tuberculoses atypiques de Jacquelin et ces malades aux " patraques tuberculeux " de Burnand. Il faut connaître ces manifestations, mais il est souvent difficile de les pallier au moyen de médicaments, étant donnée la part importante que prend fréquemment le psychisme dans leur déclenchement et leur entretien. Le psychosomaticien peut jouer là un rôle intéressant.

Ces tâches exigent une grande compétence en phthisiologie et plus généralement en médecine, compétence que le médecin ne peut acquérir en post-cure et qu'il doit déjà posséder antérieurement. La médecine de post-cure est à vrai dire une spécialité à

l'intérieur de la phtisiologie, surtout depuis qu'une nouvelle orientation dans la réadaptation des tuberculeux se précise depuis quelques années. Cette évolution retentit sur la tâche du médecin de post-cure à laquelle elle donne un aspect plus positif et plus attrayant. Nous parlerons peu de la médecine psychosomatique : cette branche de la réadaptation est encore à l'étude et, d'autre part, si elle se fait en relation avec le médecin, elle est plutôt le fait de spécialistes.

Plus proche de la phtisiologie est la rééducation fonctionnelle. Elle aussi est faite par des spécialistes, mais cependant l'initiative et le contrôle du médecin y sont sensiblement plus grands. Il y obtient des résultats plus concrets, plus satisfaisants pour son esprit que par le simple contrôle périodique d'une stabilisation, tout en visant des deux côtés le même but : la prévention de la rechute.

Ce côté concret doit aider le médecin de post-cure à bien se placer dans le sens psychologique de sa tâche. La médecine sanatoriale a, par nécessité, obligé le malade à s'éloigner de la vie normale et du travail pour se mettre au repos de façon plus ou moins absolue. Tout en restant dans un juste milieu, il faut en post-cure aller dans le sens inverse. S'il faut freiner les uns, il faut pousser ceux qui, trop craintifs, tendraient à rester indéfiniment dans l'oisiveté et leur montrer qu'une vie normale ou quasi normale est possible pour eux. C'est dans

ce sens que le rôle du médecin peut être réellement
intéressant et utile.

o o
o

R E E D U C A T I O N F O N C T I O N N E L L E

Depuis Janvier 1953, un service de rééducation physique et fonctionnelle a été institué au Centre de Post-cure de Maisons-Laffitte. Nous tenterons dans ce chapitre de démontrer l'utilité théorique et pratique ainsi que l'innocuité de cette rééducation.

Nombreux sont les convalescents de tuberculose pulmonaire chez qui la maladie et la thérapeutique ont entraîné des modifications anatomiques marquées (déformations thoraciques, atrophies musculaires, symphises, remaniements du parenchyme pulmonaire, séquelles chirurgicales) qui ont souvent pour conséquence une baisse plus ou moins importante des valeurs fonctionnelles respiratoires. Chez les tuberculeux, c'est surtout la mécanique ventilatoire qui est atteinte, les séquelles cardiaques (coeur pulmonaire chronique) sont tardives et généralement consécutives à cette atteinte ventilatoire. la fonction ventilatoire est bien caractérisée par les tests de ventilation maxima, mesurée soit directement (Hermanssen), soit indirectement (Tiffeneau); c'est à ces tests que nous nous sommes adressés pour suivre nos malades.

Nous avons utilisé les mesures suivantes :

- Capacité vitale (Cv),
- Ventilation maxima directe, et nous préciserons chaque fois la fréquence d'exécution du test (par exemple Vm (56)

Vent. max. à 56 par min.),

- La capacité pulmonaire utilisable à l'effort (CPUE de Tiffeneau) qui est le débit maximum expiratoire en une seconde,

- La ventilation maxima indirecte calculée par :

$$CPUE \times 30 = V_{mi},$$

- La fréquence optima indirecte de la ventilation maxima calculée par : $100 \times CPUE/C_v = F_0$

Physiologiquement, il existe bien une baisse progressive de la ventilation maxima avec l'âge (Cournand, Richards et Darling) : chez le sujet normal la courbe représentative de la ventilation maxima (indirecte) en fonction de l'âge a été bien précisée chez l'homme (Hanaut, Ruyssen et Cara), elle s'élève jusque vers 22 ans pour s'abaisser lentement ensuite. Mais cette courbe peut être modifiée par la maladie : ces auteurs ont montré que l'empoussièrement générateur de silicose abaissait les valeurs. Dans le cas de la tuberculose pulmonaire, différentes études actuellement classiques montrent qu'il peut y avoir une forte diminution de cette ventilation maxima; nous aurons l'occasion de discuter plus loin ses différentes modalités. Par conséquent, on peut considérer qu'une maladie telle que la tuberculose pulmonaire ramène la ventilation maxima à des valeurs comparables à celles du vieillard : la maladie amène une régression fonctionnelle comparable à un vieillissement prématuré. Dans les cas graves, la baisse des valeurs

fonctionnelles est tellement importante que l'on peut voir s'installer une dyspnée même au repos. Cournand et Richards ont montré qu'il existait une relation étroite entre la ventilation maxima et l'apparition de la dyspnée; Wright et coll. ont précisé la notion de seuil de dyspnée en considérant qu'un effort entraînait une dyspnée lorsqu'il demandait une ventilation à peu près égale au tiers de la ventilation maxima. Mademoiselle Brille, dans la thèse de son élève C. Fatzfeld, a confirmé cette notion : elle distingue un seuil "présumé" de dyspnée calculé à partir de la ventilation maxima et un seuil "réel" de dyspnée observé subjectivement par le sujet effectuant l'effort. Dans 60 % des efforts effectués, les deux seuils coïncidaient à très peu près; dans 27 % des cas, le seuil réel était supérieur; seuls 13 % des sujets ont accusé de la dyspnée avant d'avoir atteint leur seuil présumé et ces malades étaient essentiellement des cardiaques. Nous admettrons donc comme suffisamment précisée cette notion de seuil de dyspnée, mais si nous calculons ce seuil sur la ventilation maxima indirecte obtenue à partir de l'épreuve de Tiffeneau, nous prendrons 40 % de cette ventilation maxima indirecte au lieu de prendre le $\frac{1}{3}$ de la ventilation maxima directe (en effet, la ventilation maxima indirecte est à peu près égale aux $\frac{3}{4}$ de celle obtenue par la mesure directe : Cara).

Pour combattre cette apparition précoce de la dyspnée nous avons mis en oeuvre la rééducation, qui a pour but de ramener la fonction ventilatoire à un niveau plus proche des valeurs physiologiques du sujet et par conséquent de son âge. Nous ne décrirons pas la technique de rééducation : elle a fait l'objet d'une étude (Cara) et l'exposé pratique dans le cas de la Post-Cure de Maisons-Laffitte sera repris dans la thèse de notre camarade Maffre actuellement en préparation; les principaux points seront exposés dans une communication à la Société de la Tuberculose (R. Kervran, P. Duprès, M. Cara et M. Maffre.)

Pour apprécier les modifications de la fonction dans la tuberculose pulmonaire, nous distinguerons les cas traités par collapsus médical ou chirurgical de ceux traités médicalement ou par exérèse.

Traitement médical : il semble que la tuberculose pulmonaire entraîne une diminution de la capacité vitale, de la fréquence optima et donc de la ventilation maxima. Ces modifications sont plus accusées chez le sujet âgé; la forme radiologique et l'étendue des lésions ne semblent pas être des facteurs de perturbation importants; par contre, la durée de la maladie a un retentissement très net sur la dynamique ventilatoire (R. Simonin, J. Girard et coll.).

Collapsothérapie : Lorsque le malade est traité par la collapso-

thérapie, l'établissement du collapsus entraîne un abaissement simultané de la Cv et de la CPUE voisin de 20 %. Doit-on pratiquer une section de brides, l'abaissement atteint au total 25 %. Par la suite, la Cv tend à remonter tandis que la CPUE reste stationnaire. S'il apparaît un épanchement, ces valeurs s'abaissent encore considérablement, mais, l'épanchement disparu, on peut observer un retour aux valeurs antérieures, même dans le cas de liquide purulent. Après abandon du pneumothorax, la Cv remonte souvent à sa valeur antérieure, mais la CPUE reste parfois amputée. Des constatations à peu près identiques ont été faites au Centre de Post-Cure chez les malades porteurs de pneumothorax extra-pleuraux.

En cas de pneumopéritoine, la fonction n'est que peu perturbée et revient souvent à sa valeur initiale six mois après la création (Simonin, Girard et coll.).

Chez les malades porteurs de thoracoplastie, les valeurs fonctionnelles ne peuvent jamais s'améliorer spontanément en raison de l'importance des modifications anatomiques. Qui plus est, l'abaissement de ces valeurs tend à se poursuivre longtemps après l'intervention, à cause des déformations thoraciques de compensation qui se produisent chez le malade. La rééducation, en essayant de redresser des scoliozes et de développer des muscles atrophiés, cherche à stabiliser la fonction ventilatoire plus qu'à l'améliorer.

Exérèse : Les malades traités par exérèse ont intérêt à être rééduqués rapidement après l'intervention, pour permettre la réexpansion du parenchyme et sa mobilisation précoce. On évite ainsi la persistance de poches dans lesquelles se forme du liquide et qui entraînent plus tard des rétractions thoraciques importantes.

La rééducation a enfin un intérêt non plus curatif mais préventif chez des malades porteurs de lésions mal stabilisées, pour tenter de mettre les zones malades au repos en faisant porter l'effort respiratoire sur les zones saines. Cette application de la méthode permet soit d'éviter une nouvelle poussée évolutive, soit de préparer le terrain à une intervention chirurgicale.

Nombreuses sont donc les indications théoriques de la rééducation, mais on peut se demander si cette méthode n'est pas sans danger.

Les cardiopathies décompensées représentent une contre-indication.

Mais les principaux motifs d'abstention sont dus dans un centre de post-cure pour tuberculeux à la tuberculose elle même. Les malades qui présentent une poussée évolutive parenchymateuse sont systématiquement éliminés. Par contre, la rééducation peut être appliquée aux malades qui présentent un

épanchement, qu'il s'agisse d'un épanchement dans une poche intra-pleurale ou extra-pleurale ou d'une pleurésie, ceci afin d'éviter une symphyse en position haute entraînant un abaissement important de la fonction. Les Suédois pratiquent la rééducation des pleurétiques en période aiguë depuis plusieurs années sans incident (Birath).

Si l'on élimine les sujets pour qui la rééducation serait dangereuse, on ne la pratique pas non plus chez ceux qui ont une bonne fonction et auxquels elle ne profiterait nullement. Mais il peut être parfois intéressant de pratiquer une sorte de contre-rééducation chez ces malades à bonne fonction pour protéger une zone de parenchyme suspecte en la mettant au repos.

Une sélection des patients s'impose donc avant toute tentative de rééducation. Dans ce but, chaque malade subit à son arrivée en post-cure une visite médicale spéciale. On y note son ampliation thoracique (diaphragmatique, costales supérieure et inférieure) en pratiquant une digraphie et une radioscopie avec relevé graphique, et l'on confronte les résultats avec les données cliniques, compte tenu de l'histoire de la maladie. Un examen fonctionnel fait à l'aide d'un spiromètre enregistreur, permet de mesurer la Cv, la Vm et la F_o. On aboutit ainsi à décider s'il est opportun ou non

d'entreprendre la rééducation. Dans le premier cas, des directives générales sont données au service qui établit une progression détaillée d'exercices à effectuer avec une fréquence définie. Par la suite, au cours et à la fin du traitement, chaque malade subit périodiquement des contrôles semblables au premier et leur comparaison permet une appréciation des résultats obtenus. Nous allons voir dans quelle mesure ces résultats justifient la mise en oeuvre du traitement.

Pendant l'année 1953 et le début de 1954, le service de rééducation fonctionnelle du Centre de Post-Cure a entrepris le traitement de 104 malades.

Nous devons mentionner l'apparition de bacilloscopies positives chez quatre d'entre eux; mais la rééducation peut-elle être mise en cause ? Il s'agissait dans deux cas de sujets arrivés au centre porteurs de lésions mal stabilisées; le troisième avait été traité par pneumothorax extra-pleural sous lequel persistait une fente résiduelle; enfin, le quatrième, porteur de deux extra-pleuraux, a éliminé des bacilles sans que la bronchoscopie ni les tomographies aient pu en montrer la provenance.

Des contrôles spirographiques faits en cours d'exercices montrent que la rééducation respiratoire, lorsqu'elle est pratiquée avec la prudence indispensable, n'entraîne aucun accroissement de la consommation d'oxygène, donc aucun effort supplémentaire.

D'autre part, si l'on élimine le quatrième sujet pour lequel rien n'a pu expliquer l'émission bacillaire, les trois autres sont des malades pour qui, dès l'arrivée au centre, on pourrait envisager une intervention ultérieure. On peut donc considérer que la rééducation a eu chez ces malades un but pré-opératoire. Ses résultats ont été bons sur le plan fonctionnel puisqu'en faisant respirer les zones saines, la partie malade a été mise au repos; l'intervention peut donc être faite dans de meilleures conditions.

Ce taux de rechutes de 4 % est d'ailleurs à comparer avec le pourcentage total pour 1953 : 20 %. Nous l'avons vu, ce taux est exceptionnel. Il était les autres années de 6 % environ. Or, le taux de rechutes parmi les malades réduqués a sans doute été élevé pendant cette période de mise en train du service, où les conditions de fonctionnement n'étaient pas encore satisfaisantes.

Ces quatre cas mis à part, il reste 100 sujets, mais nous ne retiendrons que les 72 qui ont été traités en 1953. Pour les autres, le recul est encore trop faible. Les résultats que nous donnons sont extraits de la statistique faite par notre camarade Chahuneau qui s'occupe du service de kinésithérapie.

Ces 72 sujets peuvent être répartis en 4 catégories :

- 1° - Séquelles d'épanchements pleuraux, diaphragmes bloqués, déformés, sinus comblés, plèvres épaissies, parois immobiles, hémithorax pleurétiques, emphysème compensateur.

Environ 50 %

- 2° - Asynergies, respiration paradoxale, insuffisance de la cinématique diaphragmatique, mauvaise répartition du mode respiratoire, sangle abdominale défailante.

Environ 40 %

- 3° - Suites d'interventions, troubles statiques, déséquilibre de la ceinture scapulaire, atrophie musculaire, blocages articulaires.

Environ 5 %

- 4° - Asthénies, atonie musculaire généralisée, anxiété, angoisse, névrose.

Environ 5 %

Les résultats obtenus ont été estimés d'après trois facteurs d'amélioration mais cette distinction est, bien entendu, purement artificielle et proposée uniquement afin d'en faciliter l'étude.

L'amélioration de l'état général est mise en évidence soit par les déclarations du malade lui-même, soit, plus objectivement, d'après son comportement vis-à-vis des exercices à effectuer en cours de rééducation. Cette amélioration se traduit surtout, au point de vue digestif, par une augmentation de l'appétit, une régulation du transit intestinal; au point

de vue circulatoire et respiratoire, par une meilleure résistance à l'effort marquée par un retour plus rapide à la normale des réactions entraînées par l'exercice physique : augmentation de la tension artérielle, accélération du pouls, dyspnée; au point de vue nerveux, par un sommeil plus régulier, une sensation de bien-être et l'impression d'avoir "retrouvé la forme".

L'amélioration de la cinématique respiratoire peut être estimée d'une manière plus objective et plus précise en comparant les tracés radioscopiques inspiratoires et expiratoires avant et après le traitement. Les améliorations quantitatives correspondent soit à un déblocage de l'un ou des deux hémidiaphragmes, soit à la réduction de compensation, la disparition de l'asynergie, soit à la normalisation du mode respiratoire assurant une meilleure répartition de l'air alvéolaire, ou encore à la remise en mouvement ou réexpansion de zones préalablement immobiles.

L'amélioration de la fonction respiratoire, mesurée par la comparaison des tracés spirographiques, se traduit principalement par une augmentation de la Vm, surtout mesurée directement, donc de la puissance énergétique, et aussi mais plus faiblement, de la capacité vitale..

L'amélioration de l'état général a été enregistrée dans 80 % des cas, mais il faut reconnaître que son appréciation est entachée de subjectivité.

Pour apprécier l'amélioration de la cinématique respiratoire, nous n'avons retenu, sur 72 malades, que les 29 sujets qui ont été traités pendant au moins trois mois et ont subi régulièrement les contrôles radiologiques. Les résultats ont été :

Nuls dans	4 cas, soit	14 %
Moyens	- 9 -	- 30 %
Bons	- 10 -	- 35 %
Très bons	- 6 -	- 21 %

La classification des résultats, nuls, moyens, bons, très bons, n'a pas été établie uniquement d'après la comparaison des chiffres de mesure, qui sont trop relatifs à chacun des cas, mais aussi et surtout d'après le résultat obtenu compte tenu des résultats escomptés et des données de départ.

L'amélioration de la fonction ventilatoire a été estimée chez 15 malade seulement, c'est-à-dire chez tous ceux qui ont été traités pendant trois mois au moins et ont subi régulièrement les deux contrôles spirométriques. Cette amélioration a

été :	Nulle dans	3 cas, soit	20 %
Moyenne	- 4 -	-	26,5 %
Bonne	- 8 -	-	53,5 %.

Nous résumons maintenant deux observations.

Obs. 1 P...O. Mai 1951. PNO gauche pour infiltration excavée sous-claviculaire. Persistance d'une opacité homogène atelectasique dans la région sus-hilaire. Juin 1953 : B.K. + . La bronchoscopie montre une sténose inflammatoire de la lobaire supérieure gauche.

15/1/54 : Examen fonctionnel :

Cv	2 ¹ .740
CPUE	1 ¹ .940
Fo	75
Vm (58)	73 ¹ .

La cinématique est normale.

5/2/54 : Lobectomie supérieure gauche avec résection d'un sous-segment de Nelson. La cinématique est à peine modifiée par l'intervention.

4/3/54 : Examen fonctionnel :

Cv	2 ¹ .500
CPUE	1 ¹ .820
Fo	73
VM (60)	76 ¹ .

14/5/54 : Examen fonctionnel après rééducation :

Cv	2 ¹ .800
CPUE	1 ¹ .950
Fo	70
VM (56)	87 ¹ .

la malade est encore en traitement.

Obs. 2 G...E. Octobre 1949, PNO droit. Mars 1950, PNO gauche qui reste incomplet. Août 1951, liquide à gauche. Nov. 1952, liquide à droite. Déc. 1952, abandon des deux PNOS. Juin 1953, entre au Centre de Post-Cure de Maisons-Laffitte. Sept. 1953, à droite : poche pleurale apicale avec liquide et pachypleurite; à gauche : emphysème du sommet.

Immobilité diaphragmatique, héli-coupole droite déformée en chapeau de gendarme.

Sept. 1953 : Examen fonctionnel : Cv $2^{1.100}$
CPUE $1^{1.240}$
Fo 58
Vm (48) $51^{1.}$

le malade est mis à la rééducation pour respiration diaphragmatique et expansion de la base droite.

Janv. 1954 : nette amélioration de la cinématique diaphragmatique. Le diaphragme retrouve une forme normale. Rééducation poursuivie pour consolidation.

Févr. 1954 : Apparition de liquide dans la poche droite. La rééducation est réduite aux seuls exercices diaphragmatiques.

Mars 1954 : Examen fonctionnel : Cv $2^{1.200}$
CPUE $1^{1.220}$
Fo 56
Vm (46) $49^{1.}$

Cinématique sans grand changement par rapport à Janvier, mais il apparaît un commencement de rétraction de l'hémithorax droit avec une légère scoliose à convexité droite. Le liquide ayant disparu, on reprend les exercices de réexpansion de l'hémithorax droit avec des mouvements correctifs de scoliose.

Avril 1954 : Quitte le Centre de Post-cure.

Ces deux observations sont intéressantes parce que la première montre une récupération complète de la fonction ventilatoire, avec même une légère amélioration trois mois après l'intervention. Dans le second cas, au contraire, rien n'a été gagné

sur le plan fonctionnel, mais la cinématique a été considérablement modifiée, puisque le malade respirait avec ses sommets avant la rééducation et que celle-ci a permis de convertir sa respiration sur le diaphragme. Le commencement de déformation qui était apparu en Mars 1954 s'est rapidement amendé lors de la reprise des exercices.

Les résultats enregistrés depuis que le service a commencé à fonctionner ont permis de constater que :

- l'amélioration qualitative de la fonction respiratoire décelable au spirographe n'est pas toujours en rapport direct avec les améliorations quantitatives de la cinématique relevées sur écran, la discordance pouvant exister dans l'un ou l'autre sens.

- plus la fonction respiratoire d'un malade se rapproche de la normale avant la rééducation, plus les progrès sont lents; par contre, plus la fonction respiratoire est faible au départ, meilleurs sont les résultats obtenus.

- c'est au bout du troisième mois de rééducation que les progrès obtenus atteignent leur limite et leur maximum; au delà de trois mois, tout se passe comme si l'on atteignait un "plafond de récupération" (Dutasta).

Cependant, afin d'éviter la régression de l'acquis, il est préférable de poursuivre un traitement d'entretien pendant les quelques mois suivants.

La coopération du sujet et sa volonté demeurent deux facteurs de première importance, et il est bon d'insister auprès des malades envoyés au service sur la nécessité de se rééduquer.

Il est possible de tirer dès maintenant quelques conclusions :

- La rééducation fonctionnelle respiratoire est justifiée théoriquement pour de nombreux malades.

- Son application est sans danger à condition de faire au préalable une sélection judicieuse des malades.

- Les résultats obtenus portent sur un nombre de sujets encore trop faible mais incitent néanmoins à poursuivre les recherches

o o
o

INVESTIGATIONS PSYCHIATRIQUES
et
RECHERCHE PSYCHOSOMATIQUE

Les phthisiologues ont depuis longtemps remarqué la part qui revient aux difficultés de la sphère affective dans la genèse de la tuberculose pulmonaire et leur incidence sur les rechutes : Laënnec, dans son "Traité de l'auscultation médiate", fut sans doute l'un des premiers à signaler ces faits. Cependant, ce n'est que dans ces dernières années qu'on a pensé à les étudier sur le plan scientifique, devant les résultats obtenus par la psychosomatique dans d'autres affections, et des recherches ont été faites récemment dans ce sens par des psychosomaticiens (Pasche, Racamier, Gendrot, Marty et Fain).

Il a paru intéressant d'organiser des investigations au Centre de Post-Cure de l'Education Nationale, car c'est fréquemment au stade de la post-cure, la maladie pulmonaire perdant peu à peu de son importance, que ces difficultés affectives prennent le dessus, pouvant gêner par leurs manifestations le retour du sujet vers une activité et une vie sociale normales.

Ces recherches se poursuivent depuis deux ans. Leur but principal est de préciser la part des difficultés affectives dans le déclenchement de la tuberculose pulmonaire ou des rechutes. C'est en quelque sorte une tentative d'élargissement

du cadre clinique de la maladie, élargissement qui peut apporter dans l'avenir un appoint à la thérapeutique déjà instituée et à la prophylaxie. La constatation de la présence réitérée de certaines conditions d'ambiance précédant chaque fois une rechute peut amener à tenter d'aider le malade par une psychothérapie appropriée, soit à affronter de nouveau cette situation, soit à trouver des conditions de vie qui en empêchent le retour. La liaison avec un service d'assistance sociale peut donc avoir un intérêt prophylactique en permettant de trouver pour un malade donné une situation adéquate sur le plan familial, social, ou professionnel.

Cependant les résultats de l'enquête menée depuis deux ans ne permettent pas encore de conclusions précises dans le domaine de la pathogénèse des évolutions tuberculeuses. L'intérêt pratique actuel des examens psychiatriques de malades du Centre de Post-Cure se situe sur deux autres plans :

- en tant qu'adjuvant thérapeutique pendant le séjour en post-cure (ceci pouvant d'ailleurs être également valable en sanatorium);

- en tant qu'adjuvant à la réadaptation.

Ce sont ces deux points que nous allons étudier.

Ces examens pratiqués systématiquement à l'entrée des malades au Centre permettent une discrimination entre ceux qui semblent devoir bénéficier de sanctions psychothérapiques et

ceux pour qui le traitement déjà institué apparaît comme suffisant.

La cure de repos qui demeure la base de la thérapeutique antituberculeuse prend toute sa valeur pour les individus qui parviennent à une détente complète. Mais certains, en raison de difficultés érotationnelles, ne supportent pas l'immobilité. Il s'en suit qu'ils sont obligés de faire un effort constant pour se maintenir inoccupés; cet effort se traduit souvent par une hypertonie musculaire, fréquemment génératrice de troubles tels que des rachialgies et certaines formes de céphalée. Ce sont ces sujets qui présentent souvent une élévation paradoxale de température de quelques dixièmes lorsqu'ils observent un repos strict. Pour eux, la cure va donc à l'encontre de son but.

L'investigation psychiatrique permet aisément de prévoir quels sont les sujets qui auront de telles réactions et peut apporter des solutions qui ne seront pas obligatoirement psychothérapiques, mais parfois médicamenteuses, surtout kinésithérapiques. En effet, il convient, pour améliorer l'efficacité de la cure, de donner à ces patients l'occasion d'extérioriser cette tension musculaire dans des exercices de gymnastique contrôlés par un auxiliaire médical qualifié plutôt que de les laisser se livrer à une dépense d'énergie sans proportion avec leurs forces et préjudiciable à leur état.

L'examen psychiatrique permet une sélection des malades justiciables de ces exercices, du moins dans les cas où ceux-ci sont nécessités par des phénomènes d'origine affective. L'expérience a permis dans ces cas de constater leur effet bénéfique.

Les états anxieux qui entretiennent un état d'agitation nécessitent dans le même sens des interventions psychothérapiques.

Cet exemple illustre une fois de plus l'esprit d'équipe nécessaire à l'efficacité de la thérapeutique.

En se proposant d'autre part d'aider à la réadaptation, l'examen psychiatrique va s'attacher à prévoir les réactions du patient quand celui-ci sera rendu à la vie civile. Nous connaissons tous les bouffées d'angoisse qui surviennent chez certains malades à l'idée de la séparation du milieu sanatorial. La crainte consciente qu'ils ressentent est la peur de rechuter, parce qu'ils ont lié l'idée de vie active à celle de danger; la période sanatoriale contribue à créer cet état d'esprit en inculquant au patient, d'ailleurs à juste titre, cette notion que c'est par le repos qu'il pourra guérir. Mais au moment de la reprise de l'activité en post-cure, et surtout du pas décisif qu'est la sortie, cette crainte ne se justifie plus et cependant toute aspiration du malade à l'indépendance sera ressentie avec peur.

Ces malades commandent une préparation psychothérapique. L'idéal serait même de pouvoir continuer d'entretenir avec eux

au moment de leur reprise d'activité des contacts de plus en plus espacés. Car la surveillance qui se fait actuellement dans les dispensaires, si elle est efficace sur un plan, purement phtisio-
logique, est fréquemment ressentie comme insatisfaisante affecti-
vement par ces malades qui gardent la nostalgie du milieu médical
où ils ont trouvé la guérison.

Il existe, à l'opposé, des patients qui ne peuvent
s'empêcher de se livrer à des activités multiples, épuisantes,
et souvent inutiles. En général, ces activités ont surtout pour
but de les empêcher de penser à leurs difficultés. Là encore, des
entretiens psychothérapiques peuvent amener ces patients à chan-
ger leur mode de vie.

En plus de leur intérêt sur le plan de la recherche,
les examens psychiatriques ont donc un double rôle dans les
services de post-cure : un rôle de modification individuelle du
sujet lui permettant de mieux s'adapter à la cure et ensuite à
la vie normale, en se reposant d'abord plus efficacement puis
en travaillant avec une moindre dépense d'énergie; un rôle de
modification du régime de cure et d'orientation du sujet dans
un sens approprié. Ces deux tendances ont un résultat commun
qui est une économie d'effort et une meilleure adaptation du
malade. Ceci reste en parfait accord avec le principe de la cure
de repos et présente un intérêt prophylactique indéniable.

E T U D E S

Nous groupons sous ce titre les activités assez diverses auxquelles se livrent les malades en réadaptation en vue de leur reclassement. Nous y joignons les services de la post-cure qui se rattachent plus ou moins étroitement à la Direction des Etudes : Bibliothèque, Loisirs.

- I - Etudes proprement dites.

Ce sont elles qui nous préoccupent au premier chef puisqu'il s'agit d'une post-cure groupant en majorité des intellectuels dont la plupart sont jeunes.

a) Les enseignants

Ceux qui font partie du cadre de l'Enseignement sont, suivant leur âge, les élèves des Ecoles Normales ou bien des maîtres, instituteurs ou professeurs.

1.- Normaliens.- Les élèves-maîtres des Ecoles Normales ont pu continuer leurs études en sanatorium et la maladie ne leur a causé de retard que dans la mesure où elle a imposé un repos absolu, physique et intellectuel, pendant une période assez longue. Lorsque ces malades, stabilisés, arrivent en post-cure, ils continuent ces études au point où ils en étaient en quittant le sanatorium et ce transfert d'un établissement à l'autre ne doit pas être une cause d'interruption.

Pour faciliter leur travail, le service des études de la Post-cure fonctionne en quelque sorte comme une annexe

d'Ecole Normale. Des professeurs de l'Ecole Normale de Versailles, proche de la post-cure, viennent donner des cours sur place, évitant par là aux malades des déplacements fatigants. Ces déplacements n'ont lieu que pour quelques séances de travaux pratiques qui sont indispensables et ne peuvent être organisés dans le cadre de l'établissement.

Aux élèves-maîtres, se joignent quelques lycéens, fils d'enseignants. Ils font des études analogues et profitent de la préparation aux baccalauréats organisée dans l'établissement.

Pour les uns comme pour les autres, le problème des études est ainsi très facilité. Une difficulté subsiste pour les élèves-maîtres de IV^e année, déjà titulaires des deux baccalauréats. Leur programme les oblige à accomplir au cours de leur dernière année de scolarité des stages pratiques dans les écoles, pendant lesquels ils se familiarisent avec le métier d'instituteur qu'ils auront bientôt à exercer. Ces stages sont réduits pour les anciens malades mais ne peuvent être supprimés. Or la loi n'autorise les anciens malades à enseigner dans une classe que si leur réintégration a été acceptée par le Comité Médical. Nous avons pu obtenir une dérogation qui permet aux élèves de IV^e année dont la stabilité est vérifiée d'accomplir leurs stages dans des écoles voisines; ceci évite qu'ils soient retardés dans leur titularisation et leur diplôme de fin d'études.

2.- Maîtres.- La réadaptation des maîtres sur le plan intellectuel pose un problème déjà plus délicat. Certains instituteurs titulaires mettent à profit leur séjour en post-cure à proximité de Paris pour approfondir leur culture générale ou préparer des certificats de licence. C'est une solution que quelques uns peuvent choisir, mais d'autres ont passé l'âge des études.

Aux maîtres qui ne peuvent se remettre aux études, on peut demander d'aider leurs camarades plus jeunes à travailler, lorsque leur formation est suffisante; c'est donc surtout aux professeurs du second degré qu'est offerte cette voie de réadaptation. Est-ce à dire qu'il faudra laisser les autres désœuvrés, livrés à eux-mêmes? Certainement pas. Un séjour en post-cure n'est justifié que s'il y a vraiment réadaptation active. Lorsqu'aucune solution meilleure ne peut être trouvée, il faut confier à ces malades quelques tâches utiles à la collectivité à l'intérieur de l'établissement : certains travaillent au reclassement de leurs camarades, d'autres aident le Directeur des Etudes dans sa besogne. L'atelier de reliure permet également d'assurer à d'assez nombreux malades une " thérapeutique occupationnelle ", mais ce travail ne présente que peu de rapports avec leur tâche professionnelle.

A vrai dire, tout en affirmant qu'il ne faut jamais laisser un convalescent dans l'inaction, on doit reconnaître que le problème posé est parfois difficile à résoudre.

Pour les maîtres que leur état de santé désigne pour un poste sanatorial, le fait qu'ils vont exercer un métier assez différent de l'enseignement dans une classe normale rend nécessaire un complément de formation qui les rende aptes à leur nouvelle tâche. Le séjour en post-cure semble tout indiqué pour l'acquisition de cette formation qui leur servira de réadaptation. Au centre de Maisons-Laffitte a été organisé un stage de préparation à l'enseignement en sanatorium.

Stage de préparation à l'enseignement en sanatorium

Ce stage, organisé à la Post-Cure et placé sous le patronage des services de l'Education Nationale, a lieu tous les ans depuis 1950. Il dure trois semaines et comprend :

- Une formation médicale élémentaire donnant quelques notions sur la tuberculose, son évolution, son retentissement sur l'état physique du malade et également des notions sur le fonctionnement des sanatoriums.

- Une formation psychologique portant sur l'état d'esprit particulier des milieux clos et sur la psychologie des tuberculeux.

- Une formation pédagogique qui tend à mettre l'enseignant au courant des nouvelles méthodes qu'il devra utiliser en sanatorium.

Cette formation est donnée sous forme de conférences par des médecins spécialistes de la phtisiologie et de la

neuro-psychiatrie, par des membres du corps enseignant versés dans les méthodes nouvelles, des spécialistes des questions de réadaptation et d'orientation professionnelle. On y ajoute quelques séances d'initiation pratique : visites d'établissements de cure, d'écoles de plein air.

La partie médicale de ce stage n'est pas superflue; bien que l'enseignant en sanatorium n'ait jamais à s'immiscer dans les questions d'ordre médical, il doit seconder le médecin et être capable de comprendre ses décisions.

La partie psychologique aide le maître ancien malade à se mieux comprendre et par là facilite ses rapports avec ses futurs élèves.

La partie pédagogique du stage, enfin, est capitale car les méthodes d'enseignement ne sont pas les mêmes dans une école et dans un sanatorium. Nombreux sont les maîtres appelés à enseigner en établissement de cure qui s'imaginent retrouver là une classe avec un tableau noir et des horaires réguliers.

La première notion à leur inculquer est donc qu'ils auront à individualiser leur enseignement suivant les possibilités de travail de chaque malade; il existe un système de fiches qui facilite cette tâche. Des cours sont donnés par un corps professoral et les élèves sont inscrits au Centre National d'Enseignement par Correspondance (C.N.E.P.C.). Le Directeur des Etudes ne doit pas se charger lui-même de cet enseignement.

S'il faut parfois pousser à l'effort un malade timoré, le maître doit savoir aussi laisser totalement inactifs ceux dont l'état exige un repos absolu. Vis-à-vis de ces derniers, qui sont souvent de nouveaux malades encore sous le coup du choc causé par la révélation de la maladie, sa tâche est surtout psychologique et consiste à leur faire entrevoir la possibilité et la fréquence des guérisons, le fait que de nombreux tuberculeux guéris travaillent; c'est ainsi qu'avec tout le tact nécessaire, il pourra faire comprendre à ces néophytes de la maladie qu'en franchissant la porte du sanatorium, ils n'ont pas "laissé toute espérance".

En dehors du côté pédagogique, la fonction d'enseignant en sanatorium comporte d'autres aspects. Hormis le cas où un spécialiste de l'orientation professionnelle s'occupe des malades c'est au Directeur des Etudes que revient cette charge, conjointement avec le médecin. Il convient d'aiguiller le malade vers une profession à la fois compatible avec sa santé et avec un avenir acceptable. Le Directeur des Etudes a également une tâche administrative qui n'existe guère dans une classe normale : constitution de dossiers, inscription aux examens, etc. Enfin, certains services du sanatorium doivent fonctionner en liaison avec la Direction des Etudes (bibliothèque, loisirs). Le rôle du Directeur des Etudes est là de guider, de susciter les bonnes volontés.

La durée de ce stage préparatoire est un minimum pour donner aux futurs enseignants en sanatorium une idée de leur tâche. Il serait souhaitable que tous les malades destinés à l'enseignement sanatorial aient suivi le stage avec assiduité.

b) Les non-enseignants

Ce sont des malades qui ont été admis à la post-cure à titre d'apparentés directs avec des enseignants mais qui n'appartiennent pas eux-mêmes au cadre de l'Education Nationale. Ces malades peuvent être soit des étudiants, soit des intérimaires de l'enseignement non titulaires, soit des manuels.

1.- Etudiants.- S'il faut favoriser les études en sanatorium, à plus forte raison est-ce nécessaire en post-cure où le travail est plus facile. A l'intérêt de la culture elle-même s'ajoute l'utilité de la " surqualification " des tuberculeux qui leur permettra " de franchir une étape sociale et (d)'arriver, après leur sortie, à gagner un salaire plus élevé pour un travail demandant un effort physique moindre." (Mr. P. Bourgeois)

Les déplacements indispensables pour se rendre à l'Université, dans les écoles et les bibliothèques doivent être contrôlés par le médecin. Celui-ci et le Directeur des Etudes ont un rôle à jouer vis-à-vis de certains malades qui désirent faire des études mais n'ont pas encore d'orientation précise. Or ce choix n'engage pas seulement leur avenir immédiat mais

toute leur vie. Les disciplines littéraires semblent mieux convenir aux anciens malades, l'expérience l'a montré, que les études scientifiques qui imposent des séances de travaux pratiques fatigantes et des stations debout prolongées dans l'atmosphère des laboratoires. La carrière médicale est souvent à déconseiller alors que les études juridiques, comme les études littéraires, sont facilement accessibles à un malade couché.

On ne saurait cependant imposer un choix étroit.

Si l'état médical doit être envisagé, il faut aussi tenir compte des goûts et des aptitudes du malade. Le rôle du Directeur des Etudes, comme celui du médecin, est de conseiller, d'orienter, non d'imposer. A ce propos, il nous paraît utile de dire combien serait souhaitable dans les post-cures et dans les sanatoriums la venue périodique d'un conseiller d'orientation professionnel et d'un psycho-technicien qualifiés, pour seconder le médecin et le Directeur des Etudes. Ils seraient plus aptes que ceux-ci à renseigner les étudiants sur les études qu'ils désirent entreprendre et surtout sur les débouchés qu'elles sont susceptibles de leur ouvrir.

2.- Intérimaires et stagiaires.- Le reclassement des intérimaires et stagiaires de l'enseignement est, nous le verrons, un problème délicat à résoudre puisque l'administration peut difficilement les titulariser. Certains de ces malades peuvent être reclassés dans des établissements de cure comme bibliothécaires

ou moniteurs de reliure ou de travaux manuels. Mais il faut orienter les autres suivant leur état médical, leurs capacités, et aussi leurs possibilités financières vers des études ou vers un métier manuel.

3.- Manuels.- Ces malades, bien qu'en petit nombre à la Post-Cure de l'Education Nationale, ne doivent pas être délaissés. Leur réadaptation ou leur rééducation professionnelle n'est pas possible dans un établissement qui n'a pas été conçu pour eux. On peut cependant les réentraîner à l'effort à leur sortie de sanatorium, en leur faisant faire quelques besognes dans les ateliers de reliure, de photographie. Ils arrivent ainsi à gagner sur le plan médical le niveau de stabilisation suffisant pour pouvoir être admis dans un centre de rééducation professionnelle spécialisée. Pour ces malades, la Post-Cure de Maisons-Laffitte n'est qu'une transition.

Comme pour les étudiants, il est nécessaire de savoir orienter ceux d'entre eux qui n'ont pas encore choisi leur voie.

- II - Services annexes.

En sanatorium, la bibliothèque doit tendre avant tout à distraire les malades avec des lectures faciles. En post-cure où tout doit tendre vers la vie normale, vers la reprise du travail, il est nécessaire de donner le pas à la culture sur les distractions; ces deux caractères ne sont d'ailleurs pas

incompatibles. Les instituteurs et même les professeurs qui pour la plupart viennent d'endroits éloignés de tout centre culturel doivent trouver dans leur séjour en post-cure à proximité de Paris, une occasion qui ne se représentera peut-être plus de visiter les musées de la capitale ou les sites historiques qui l'entourent.

Dans l'établissement même il importe de conserver ce caractère éducatif à toutes les sources de distractions : bibliothèque, discothèque, cinéma. Une bibliothèque de post-cure doit contenir deux sortes d'ouvrages : les livres d'études et les livres de culture générale. Ils peuvent y être en assez grand nombre puisqu'un décret ministériel permet de consacrer 0,25 % du prix de journée à l'achat de livres ou "à toute autre dépense d'ordre éducatif".

Ces derniers mots indiquent bien que l'on peut, à côté des livres, prélever sur ce budget de quoi constituer une discothèque. Celle-ci, comme la bibliothèque, doit être éducative : si l'on n'en écarte pas tous les disques de variétés, elle doit cependant surtout comprendre des disques de culture musicale, ces termes étant pris au sens large, et des disques permettant l'étude des langues étrangères.

La musique, le cinéma, la radio étant souvent des arts difficiles à pénétrer pour les profanes, on a organisé au Centre de Post-Cure des stages d'initiation qui ont lieu avec le

concours de moniteurs dépendant de l'Education Nationale. Ces stages comprennent des conférences illustrées d'auditions de disques, de projections de fragments de films.

Ajoutons encore que la proximité de Paris qui permet aux malades, nous l'avons vu, de s'y rendre pour leur travail ou leur culture, facilite également la venue au Centre de conférenciers, de troupe théâtrales. Les conférences traitent de sujets très **variés** et visent à être instructives sans être ennuyeuses.

Enfin, nous ne pouvons terminer ce paragraphe consacré au rôle éducatif et culturel du Centre de Post-Cure sans mentionner les échanges de malades avec des post-cures étrangères. Ces échanges présentent l'intérêt indiscutable de permettre à des intellectuels de faire un séjour de quelques mois à l'étranger tout en continuant à se réadapter. Ils fonctionnent actuellement régulièrement avec l'Angleterre, mais il n'a pas encore été possible de réaliser ce projet avec d'autres pays.

- III - Rôle du Directeur des Etudes.

Nous avons vu au cours de ce chapitre l'essentiel de ce rôle qui est multiple, à la fois pédagogique, administratif, social et psychologique. C'est peut-être ce dernier caractère qui est le plus important et qui fait de la fonction de Directeur des Etudes une des fonctions capitales de l'établissement.

Ce rôle multiple, le Directeur des Etudes ne peut

l'assumer que s'il sait ne pas se perdre dans les détails. Il doit se faire aider dans toutes les tâches qui ne lui incombent pas directement et seulement les superviser afin de se réserver pour les autres.

Parmi celles-ci, l'une des plus importantes et des plus difficiles est d'amener au travail les récalcitrants; le plus souvent, ce refus de travailler est dû à la crainte de la rechute; or ce ne sont pas toujours les plus touchés par la maladie qui se montrent rétifs. Lorsqu'il semble impossible de les mettre directement au travail, il faut les attirer d'abord par les loisirs et par là les amener progressivement à un désir d'enrichissement, leur redonner peu à peu le goût de l'effort. Le rôle du Directeur des Etudes est de ne jamais laisser quelqu'un inactif, faute de quoi lui et l'établissement n'ont pas rempli leur tâche : ramener les malades à la vie normale.

R E C L A S S E M E N T

Le problème du reclassement est un des plus importants de ceux qui se posent en post-cure puisque toute la réadaptation tend à la réintégration du malade au sein de la vie sociale normale.

Ce problème est peut-être un peu plus aisé à résoudre pour les membres de l'Enseignement puisque, fonctionnaires, ils continuent, malgré leur maladie à faire partie du cadre de l'Administration et sont réintégrés dans leur emploi lorsqu'ils sont jugés guéris. Mais à aucun moment il ne faut oublier que ces fonctionnaires seront en contact permanent avec des enfants sains et l'on sait que les épidémies scolaires dues à des contaminations par le maître sont de véritables catastrophes. On sait maintenant que ces épidémies sont presque toujours dues à des malades qui s'ignorent et non à des tuberculeux anciens et traités; cependant, même dans ce dernier cas, c'est un risque qu'il n'est pas permis de faire courir aux enfants.

Ceci explique la sévérité des lois qui régissent la réintégration des membres de l'Enseignement. Lorsque l'un d'eux demande à reprendre son poste, il doit obtenir au préalable un certificat de son médecin traitant; puis il est examiné par un phtisiologue assermenté. Si celui-ci donne un avis favorable, le dossier du malade est étudié par le Comité Médical Départemental qui est composé de phtisiologues compétents. C'est ce Comité qui

se prononce enfin quant à l'opportunité de réintégrer ou de ne pas réintégrer l'enseignant dans ses fonctions.

Tous les anciens malades ne peuvent en effet reprendre aussitôt un enseignement normal dans une classe. Avec F. Dumarest, nous distinguerons parmi eux trois catégories :

- Les sujets définitivement guéris ou du moins bien stabilisés.
- Les sujets stabilisés, mais encore susceptibles d'émettre des B.K. de façon intermittente.
- Les chroniques.

Les premiers sont des sujets que l'on trouve en post-cure dans la proportion de 50 à 60 %. Les enseignants de ce groupe peuvent être replacés dans une classe normale et, de préférence, peu chargée. Il est seulement plus rationnel que leur poste soit situé à proximité d'un dispensaire ou d'une ville où exerce un phthisiologue : nombre d'anciens malades sont porteurs de collapsus qu'il faut insuffler périodiquement, et, de plus, il est bon qu'ils restent sous surveillance médicale régulière.

C'est pour les sujets des deux dernières catégories que le problème du reclassement se pose avec le plus d'acuité. Jusqu'à ces dernières années, il était même presque insoluble. Lorsqu'un maître ne pouvait reprendre un enseignement normal, il épuisait ses congés de longue durée, puis était mis soit à la retraite, soit en disponibilité d'office. Mais cette décision

touchant des sujets relativement valides était un pis-aller, tant pour le malade que pour l'Etat. Celui-ci se voyait en effet obligé de subvenir à la fois à la retraite de l'ancien fonctionnaire et au salaire de son remplaçant.

Il était parfois possible de reclasser les anciens malades dans un poste réservé. Les conditions de réintégration dans ces postes, moins draconiennes, n'exigent par exemple que six mois de bacilloscopies négatives, alors que depuis 1951, ce délai est de deux ans pour un poste normal.

Mais il n'y eut pendant longtemps qu'une seule catégorie de postes réservés : les emplois administratifs dans les services des Inspections d'Académie. Or, ces postes étaient peu favorables : le travail de bureau exige de l'enseignant un changement complet de métier, et les anciens malades " doivent, autant que possible, être reclassés dans leur catégorie professionnelle, tout en changeant de poste si leur état ne leur permet pas d'occuper leur poste antérieur " (M. Etienne Bernard). D'autre part, ce travail, avec des horaires fixes et sans jours de repos, est fatigant : il y avait autrefois un assez fort pourcentage de rechutes parmi les malades reclassés dans ces emplois. C'est pourquoi l'on n'oriente plus vers cette voie que les sujets assez bien consolidés, mais éloignés d'une classe normale pour un autre motif, par exemple s'ils sont incapables de fournir un effort vocal.

Il existe maintenant d'autres catégories d'emplois réservés : les postes en sanatoriums et les postes à l'enseignement par correspondance.

Dans ces dernières années, une enquête menée auprès des médecins de sanatorium a montré la nécessité d'avoir des enseignants dans les établissements de cure. Il est capital d'éviter qu'une cure sanatoriale soit pour les malades une perte de temps préjudiciable. De nombreux phthisiologues avaient déjà signalé la nécessité non seulement de meubler leurs loisirs, mais aussi de les faire travailler. Mr. Lowys, tout en rappelant que "l'enfant tuberculeux doit d'abord se soigner" ne cesse de répéter que "l'éducation peut et doit être poursuivie au sanatorium de pulmonaires". Il va jusqu'à dire, dans un article récent, qu'il faut organiser pour les enfants un véritable "internat persanatorial". Aux adultes, le travail permet de s'enrichir et d'en être conscients; ainsi peuvent-ils s'élever de cet état d'esprit si bien décrit par Thomas Mann dans la "Montagne Magique" lorsqu'il parle de cette notion de temps qui est tellement faussée que pour eux "tous les jours deviennent un seul jour." L'amélioration de leur état psychologique qui en résulte ne peut que retentir heureusement sur leur état physiologique.

Est-ce là un point de vue orthodoxe sur le plan

médical? Les phthisiologues s'accordent pour l'affirmer. "Nul ne nie plus, du point de vue physiologique, la nécessité ni la possibilité du réentraînement. L'organisation et la surveillance du travail intellectuel, ou même manuel, associé à la cure, sont bien connues maintenant des phthisiologues." (E. Aujaleu, D. Douady, H. Péquignot).

On s'est donc attaché à développer l'enseignement sanatorial, ce qui a fourni aux maîtres convalescents des postes leur permettant de se réadapter.

La loi a reconnu à son tour cette nécessité puisqu'elle a prévu la création dans les établissements de cure d'un enseignement donné par un personnel nommé par le Ministre de l'Education Nationale (Décret du 6 Janvier 1950).

Les postes d'enseignement en sanatorium peuvent à première vue sembler fatigants pour un ancien malade. En fait, ils ne comportent, nous l'avons vu, que peu d'enseignement normal et la fatigue vocale est donc épargnée. De plus, une grande partie du travail peut être accompli au lit; il est au moins facile de réserver des heures de cure. Enfin, ces postes plus que les emplois administratifs, demandent un travail proche de l'enseignement normal. Ils sont donc très favorables aux anciens malades, en particulier à ceux dont l'état nécessite une surveillance médicale stricte.

Ils ont pris un tel essor qu'il y a maintenant plus

de postes à pourvoir que de candidats pour les occuper.

Comme les postes en sanatorium, les postes au C.N.E.-P.C. rapprochent l'ancien malade de sa profession antérieure tout en le tenant éloigné des élèves. Il s'agit bien, en effet, d'un enseignement qui s'adresse à tous ceux qui, pour une raison de force majeure, ne peuvent pas recevoir l'enseignement dispensé dans les établissements officiels. Ces empêchements sont de diverses sortes : il peut s'agir d'une raison de santé; c'est le cas des tuberculeux osseux ou pulmonaires en traitement en sanatorium. Parfois, c'est l'éloignement de tout établissement d'enseignement, comme pour les habitants de certains territoires d'Outre-Mer ou les navigants. Enfin, certains élèves ne peuvent avoir recours qu'à ce mode d'enseignement s'ils sont contraints de gagner en même temps leur vie.

Les élèves inscrits au C.N.E.P.C. peuvent aussi bien être des adultes que des enfants. Les uns ou les autres suivent des disciplines très variées : premier degré, second degré ou enseignement technique. Les maîtres anciens malades peuvent donc trouver là un poste, quelles que soient leur formation ou leur spécialité. Le travail à domicile, entrecoupé d'heures de cure, et sans effort vocal, représente pour eux un avantage considérable. Ces postes conviennent donc fort bien à ceux que la maladie ou les interventions ont fortement diminués, en particulier à ceux dont la fonction respiratoire est réduite.

Leur inconvénient le plus sérieux est qu'il n'existe qu'un seul centre d'enseignement par correspondance qui se trouve à Paris. Seuls peuvent donc en faire partie les membres de l'Enseignement qui résident dans la capitale ou son voisinage.

Pour ces postes, la demande est supérieure à l'offre. Devant le nombre de postulants, il a fallu assurer la priorité à ceux qui ont épuisé leur congé. On a limité aussi à deux ans la durée d'occupation d'un emploi au C.N.E.P.C. On peut espérer cependant que cette limitation sera de moins en moins stricte, car le C.N.E.P.C. est en plein essor.

Nous avons vu comment se pose le problème du reclassement des titulaires de l'Enseignement. Les intérimaires et les stagiaires anciens malades sont réintégrés dans les mêmes conditions, c'est-à-dire quand ils peuvent être considérés comme parfaitement stabilisés. Mais ils ne peuvent être titularisés que s'ils ont fait la preuve de leur guérison.

Or il est souvent bien difficile d'affirmer qu'une tuberculose est définitivement guérie. Le reclassement des malades imparfaitement stabilisés est donc un problème délicat. Les placer dans un poste réservé semblerait une solution satisfaisante, mais elle présente des difficultés sur le plan administratif : car les intérimaires et les stagiaires sont des fonctionnaires départementaux et, s'ils vont occuper un poste

en sanatorium, ils doivent être payés sur le plan national. Cependant, ces dernières années, devant la demande d'enseignants en sanatorium, il a été possible d'envoyer dans ces postes des intérimaires et des stagiaires.

Pour les chroniques, il est clair qu'ils ne pourront jamais être titularisés. Il est donc préférable de les orienter vers des métiers sanatoriaux sans essayer de les faire entrer dans le cadre de l'administration. Il existe des centres spécialisés dans la rééducation des malades aux professions d'infirmières, de laborantins, centres vers lesquels ces chroniques doivent être dirigés.

La post-cure permet donc de faire une sélection des malades, de préparer à un nouveau travail ceux qui ne reprendront pas leur ancien métier et d'orienter vers un centre spécialisé ceux qui ne peuvent pas être rééduqués sur place. Il est bon, cependant, dans la mesure du possible, de les orienter vers un travail proche de celui auquel ils sont habitués.

- C O N C L U S I O N S -

La Post-Cure de Maisons-Laffitte est un Centre de Réadaptation pour tuberculeux pulmonaires. Créée en 1948 par la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (M. G. E. N.), elle est réservée aux membres de l'Enseignement, aux ressortissants de l'Education Nationale non enseignants, et aux parents directs d'Enseignants.

Elle comporte actuellement 120 lits; la création d'une post-cure féminine, à quelque distance, permettra sous peu de porter cet effectif à 200.

C'est un établissement du type " Sanatorium Médical ", c'est à dire que les malades y sont admis dès que leur stabilisation a été obtenue, après un temps relativement court de séjour en sanatorium.

La surveillance médicale tend à dépister précocement le moindre signe prémonitoire de rechute. Elle comporte chaque mois un examen clinique et radioscopique, une mesure de la vitesse de sédimentation ainsi qu'une mise en culture du liquide de tubage gastrique. Un cliché est fait tous les trois mois. En cas de nécessité, ces examens sont pratiqués plus fréquemment et complétés par des coupes tomographiques, des séries de cultures et des inoculations au cobaye. Ce sont les recherches bactériologiques qui ont la plus grande importance dans ce dépistage de la rechute, car elles donnent les résultats les

plus précoces. Il est, d'autre part, indispensable de s'assurer que l'on ne renvoie au contact d'enfants sains que les maîtres dont la stabilisation a été dûment vérifiée. En cas d'affection fébrile ou d'évolution, les malades sont transportés à l'infirmerie pour une courte période ou en attendant un retour en sanatorium.

Les malades sont envoyés au service de rééducation fonctionnelle lorsque leur état justifie la mise en oeuvre d'un traitement kinésithérapique. Ce traitement tend à améliorer la fonction ventilatoire, la cinématique respiratoire et la statique du sujet qui ont été très fréquemment perturbées par la maladie et la thérapeutique.

L'investigation psycho-somatique cherche à obtenir une meilleure adaptation du malade à la cure, et réciproquement, une modification du régime de vie selon l'état du sujet.

Sur le plan des études, la situation de la Post-Cure à 15 kilomètres de Paris, à 25 kilomètres de Versailles, permet aux étudiants la fréquentation de l'Université, une ou plusieurs fois par semaine, et la venue au Centre des professeurs de l'Ecole Normale voisine. L'acquisition de connaissances intellectuelles et l'obtention de diplômes ouvrent aux anciens malades des débouchés sans lesquels leur avenir pourrait se trouver gravement compromis par la maladie.

Enfin, sur le plan du reclassement professionnel, la

Post-Cure permet un triage et une orientation des malades suivant leur état médical. Environ 60 % d'entre eux peuvent reprendre un enseignement normal. L'existence des postes réservés à l'Enseignement par Correspondance ou en Etablissements de cure offre aux autres des emplois assez proches de leur ancien métier. La proximité des administrations parisiennes facilite les relations avec le Service Central de Reclassement des Membres de l'Enseignement qui est établi à la Post-Cure de Maisons-Laffitte.

C'est d'ailleurs à un reclassement rationnel que tend la réadaptation physiologique, psychologique et intellectuelle du sujet, et ce reclassement est à son tour une prévention contre la rechute.

En conclusion, nous pensons qu'un séjour en Post-Cure permet de dépister les malades qui ne sont pas encore stabilisés, de réadapter et de reclasser les autres dans des conditions satisfaisantes.

o o
o

B I B L I O G R A P H I E

- AUJALEU (E.), DOUADY (D.), PEQUIGNOT (H.).- L'Enseignement dans les Sanatoriums et les Préventoriums. (Sem. des Hôp. 21.I.1947).
- AURIACOMBE (R.).- Réadaptation des Tuberculeux au travail et Assistance post-sanatoriale (Thèse, Paris - 1933).
- BARIETY (M.) et EROUET (G.).- Phtisiologie du médecin praticien (Masson & Co).
- BERNARD (E.).- Phtisiologie Humaine (Masson 1946).
- BIRATH (G.).- Prophylaxie et thérapie conservatrice de la fonction au cours des épanchements pleuraux, en particulier ceux du pneumothorax artificiel (Rev. de la Tub. 1952 - XVI. - 6).
- BOURGEOIS (P.).- Tuberculose pulmonaire et pleurale (Flam. 1930).
- CARA (M.) et SADOUL (P.).- Essai de sémiologie spirométrique appliqué à la pneumologie (Le Poumon - Mai 1953 - IX).
- COURCOUX (A.), CHADOURNAND (P.) et BERTHET (E.).- Un centre complet de cure de la tuberculose en Angleterre : Papworth-Village (P. M. 8 Juin 1946 - n° 26).
- COURNAND (A.), RICHARDS (D.W.) et DARLING (R.C.).- Graphic tracings of respiration in study of pulmonary diseases (Am. Rev. of Tub. 1939, 40 487).
- COURNAND (A.), RICHARDS (D.W.).- Pulmonary insufficiency - One discussion of a clinical classification and presentation of clinical tests (Am. Rev. of Tub. 1941 44 26).
- DOUADY (D.).- Les Sanatoriums Universitaires Français.
- DOUADY (D.), COHEN (R.) et EZRA (P.).- Etude de 297 cas de tuberculose pulmonaire restés sans rechute pendant dix ans et davantage (Revue de la Tuberculose 1952 16 n° 10/11).
- DUMAREST (F.) et MOLIARD (H.).- Le tuberculeux guéri (Masson 1948).
- DUMAREST (F.).- La Vie Hygiénique du Tuberculeux.
- DUMAREST (F.).- Sanatorium et réadaptation (Gazette Médicale de France - Mai 1945 52 n° 10).
- DUTASTA (B.).- Contribution à l'étude de la rééducation respiratoire par kinésithérapie (Thèse Lyon 1950).

FICHEZ et DUTASTA.- Trois ans de fonctionnement d'un centre de réadaptation professionnelle (Revue de la Tuberculose 1952 16 n° 12)

HANAUT (A.), RUYSSSEN (L.) et CARA (M.).- Evolution de la capacité vitale et de la ventilation maxima sous l'influence de l'âge ou de la silicose (Arch. Maladies Professionnelles 1952 13 179/189).

HATZFELD (Melle C.).- Exploration fonctionnelle des poumons (Thèse Paris 1952).

HERMANSSSEN (I.).- Untersuchungen über die maximale Ventilationsgrösse (Atemgrenzwert) (Ztschr. F. exp. Medizin, 1933 20 130/137).

JACQUELIN (A.).- Les tuberculoses atypiques (Masson 1939).

KERVIRAN (R.) et DUPRES (P.).- Cinq années de fonctionnement d'un Centre de Post-cure (Revue de la Tuberculose 1953 17 n° 7/8).

KERVIRAN (R.) et ROLLIN (G.).- A propos de 77 rechutes tuberculeuses survenues en cinq ans dans un centre de post-cure (à paraître).

KIELANOWSKI (T.).- La maison post-sanatoriale pour étudiants des Ecoles Supérieures de Lwow (Bul. du Com. Nat. de Déf. contre la Tub. - Juillet 1939 n° 3).

LAFAY (B.).- Le reclassement social du diminué physique (Annales de méd. sociale - 1950).

LEBLANC (M.).- Le problème médical et social de la réadaptation et du reclassement des diminués physiques (Le Médecin de France - Janvier 1953).

LEPEUPLE (A.).- Les maisons Universitaires de post-cure (Thèse Paris 1945).

LOWYS (P.).- Sur l'enseignement et la réadaptation au sanatorium (P. M. - 4 Avril 1953).

LOWYS (P.).- Organisation et fonctionnement d'un centre de post-cure pour tuberculeux pulmonaires (Techniques Hosp. Février 1954 n° 101).

MAFFRE (M.) Thèse (à paraître).

MARTY (P.), FAIN (M.) et coll. .- Notes sur certains aspects psychosomatiques de la tuberculose pulmonaire (Revue belge de psychanalyse - Février 1954; à paraître dans la Revue Française de psychanalyse).

PIEL.- Etude de 210 cas de rechutes de tuberculose survenues dans les maisons universitaires de post-cure (Thèse Paris 1951).

RACAMIER (P.C.).- A propos d'une tuberculose pulmonaire (Evol. Psych. 1953 Fasc. III).

SIMONIN (P.), GIRARD (J.) et coll. .- Etudes spiromographiques (Semaine des Hôpitaux - 26 Janvier 1954).

TIFFENEAU (R.) et PINELLI (A.).- Capacité maxima à l'effort. Test pour l'exploration de la fonction ventilatrice pulmonaire (X^e Congrès Nat. de la Tub. Strasbourg 1948).

WRIGHT (G.W.), FILLEY (G.F.), PROEMMEL (D.), PRINCI (F.), PLACE (R.) et GRINNEL (R.).- Observations concerning the pathological physiology underlying exertional dyspnea in "granulomatosis in beryllium workers" (Symposium of military physiology - Décembre 1947).-

o o
o

